سلسلة
ذوى الاحتياجات الخاصة

8

الإعاقات العقلية

أ. د/ عادل عبدالله محمد



الإعاقات العقلية

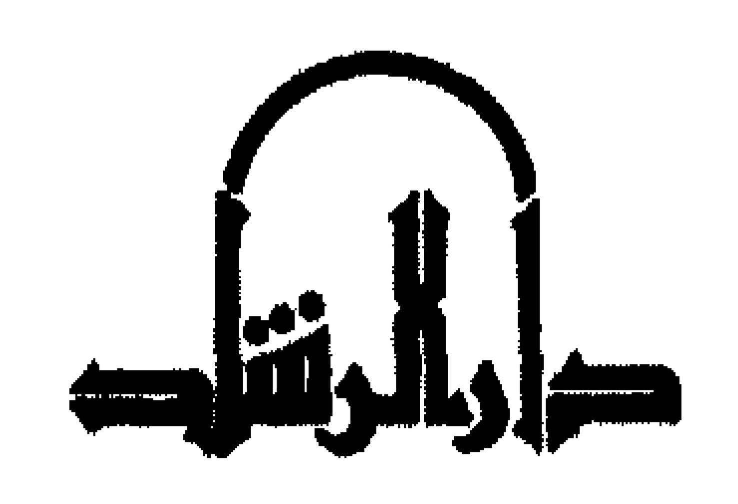
الناشـــــر : **دار الرشـــاد**
العنـــــوان : ١٤ شارع جواد حسنى ـ القاهرة
تليفـــــون : ٣٩٣٤٦٠٥
رقم الإيداع : ٣٠٥٣/ ٢٠٠٤
الترقيم الدولى : 6 - 011 - 364 - 977
الطبـــــع : **عربية للطباعة والنشر**
العنـــــوان : ٧ ، ١٠ ش السلام ـ أرض اللواء ـ المهندسين
تليفـــــون : ٣٢٥٦٠٩٨ ـ ٣٢٥١٠٤٣
الجمـــــع : **آرتك للكمبيوتر**
العنـــــوان : ٤ شارع بنى كعب – متفرع من شارع السودان ـ الكيت كات
تليفـــــون : ٣١٤٣٦٣٢

الطبعة الأولى : ١٤٢٥هـ ـ ٢٠٠٤م
غـلاف : **محمد فايد**

سلسلة
ذوى الاحتياجات الخاصة
8

الإعاقات العقلية

ا.د / عادل عبد الله محمد
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية جامعة الزقازيق




بسم الله الرحمن الرحيم

إهـــداء

إلى كل المهتميـــــن بذوى الاحتياجات الخاصة ..

فى مصـــــرنا الحبيبـــــة ..

وفى وطننا العربى الكبيـــــــــر ..

أملاً فى زيادة عطائهم ..

ورغبة فى تعظيم دورهم ..

مُقَدِّمَة

الحمد لله رب العالمين الذى خلقنا، وسوانا فى أحسن صورة، والذى فضّل آدم على الملائكة بما علمه إياه من علم، وأمرهم على أثر ذلك أن يسجدوا له حيث قال تعالى **﴿وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلائِكَةِ فَقَالَ أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَؤُلاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ ۞ قَالُوا سُبْحَانَكَ لا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ۞ قَالَ يَا آدَمُ أَنْبِئْهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ فَلَمَّا أَنْبَأَهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ قَالَ أَلَمْ أَقُلْ لَكُمْ إِنِّي أَعْلَمُ غَيْبَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَأَعْلَمُ مَا تُبْدُونَ وَمَا كُنْتُمْ تَكْتُمُونَ﴾** (البقرة: ٣١- ٣٣). والصلاة والسلام على سيدنا محمد خير خلق الله، وخاتم رسله، الذى أمرنا بطلب العلم، والاجتهاد فيه، والذى أخبرنا بأن فضل العلماء على غيرهم كبيراً، وعلى آله وصحبه وسلم.

وبعـــــــد ،،،

يعد الجانب العقلى من أعظم الجوانب التى أودعها الله سبحانه وتعالى فى الإنسان، والذى تفرد به الإنسان على غيره من المخلوقات حيث قبل به الأمانة التى أبت السماوات والأرض والجبال أن يحملنها، قال تعالى **﴿إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُوماً جَهُولاً﴾** (الأحزاب:٧٢) ومن خلاله أسند الله له خلافته فى الأرض، قال تعالى **﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لا تَعْلَمُونَ﴾** (البقرة: ٣٠) ، ولأجله أمر الله الملائكة أن يسجدوا لآدم، قال تعالى **﴿وَإِذْ قُلْنَا لِلْمَلائِكَةِ اسْجُدُوا لِآدَمَ فَسَجَدُوا إِلَّا إِبْلِيسَ**

قَالَ أَأَسْجُدُ لِمَنْ خَلَقْتَ طِيناً﴾(الاسراء:٦١) حيث نظر إلى الأمر برمته من جانب آخر إذ نظر إلى المادة التي تم من خلالها خلق كل منهما، فقال تعالى ﴿قَالَ أَنَا خَيْرٌ مِنْهُ خَلَقْتَنِي مِنْ نَارٍ وَخَلَقْتَهُ مِنْ طِينٍ﴾ (ص:٧٦) وبالتالى حسده على ذلك، وعصى أمر ربه متعللاً بأفضليته المادية عليه.

وطالما بقى الجانب العقلى للإنسان فى حالته الطبيعية فإنه يستطيع أن يستغل كل ما فى الأرض من أجل مصلحته ومصلحة البشرية جمعاء، فيبتكر، ويخترع، ويؤلف، ويركّب، ويحلل، ويطور، ويتقدم. أما إذا ما أعيقت قدراته العقلية المعرفية فإنه يجد صعوبة بالغة فى القيام بمختلف العمليات المعرفية حتى العادى أو البسيط منها، كما يجد صعوبة كبيرة فى العيش مع الآخرين فى إطار نفس الجماعة حيث تواجهه صعوبات جمة ومشكلات متعددة فى سبيل أداء الأنشطة الحياتية المختلفة، أو رعاية ذاته، أو الاستفادة مما يمكن أن يقدمه المجتمع له فى هذا الإطار، ولا يصبح بمقدوره أن يقوم بتلك المهارات اللازمة له فى سبيل أداء مهنة معينة. وقد يمكنه أن يتعلم إلى قدر محدود للغاية، وقد لا يمكنه من ناحية أخرى أن يقوم بذلك.

ومما لا شك فيه أن هناك العديد من الأسباب، أو العوامل، أو المتغيرات التى يكون من شأنها أن تؤدى إلى تعرض الفرد إلى نمط واحد أو أكثر من أنماط الإعاقة العقلية التى أشار الاتحاد القومى لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية NAAR إليها وذلك فى تلك الإحصائيات التى نشرها فى يناير ٢٠٠٣ بأن هناك ثلاثة أنماط للإعاقة العقلية تعتبر هى أكثر هذه الأنماط شيوعاً وانتشاراً على مستوى العالم بأسره، وأن مثل هذه الأنماط تترتب بحسب نسب ومعدلات انتشارها ليأتى التخلف العقلى فى بدايتها، يليه اضطراب التوحد، ثم تأتى بعدهما متلازمة أعراض داون. ومن الأمور التى تستحق الاهتمام فيما يتعلق بتلك الأنماط من الإعاقات العقلية ما يلى :

١- أنها جميعاً ينطبق عليها تلك الشروط الخاصة بالتخلف العقلى حيث يعانى الطفل من قصور فى أدائه الوظيفى العقلي، ومن قصور فى سلوكه التكيفى وما يرتبط به من مهارات، وأنها ينبغى أن تحدث خلال مرحلة النمو.

٢- أن كلاً منها يعد بمثابة حالة وليس مرضاً ،

٣- أنها بالتالى ومن هذا المنطلق تعتبر غير قابلة للشفاء ،

٤- هناك مع ذلك علاج طبى ينبغى أن يتم تعاطيه من جانب الطفل لا يرتبط فى الواقع بهذه الحالة أو تلك ولكنه يعمل على علاج ما يمكن أن يرتبط بها من اضطرابات أخرى مختلفة بطبيعة الحال ،

٥- أنه قد توجد هناك أسباب مشتركة تعد هى المسئولة عن الإصابة بهذه الحالة أو تلك ،

٦- أن مثل هذه الأسباب تتراوح بين البيئة والوراثة ،

٧- أن بإمكاننا أن نعيد تقسيم تلك الأسباب إلى ثلاثية مشتركة تتضمن أسباب يكمن تأثيرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، وأسباب يكمن تأثيرها أثناء الولادة، أما الأسباب الأخيرة فيكون تأثيرها خلال مرحلة ما بعد الولادة أى فى أى وقت بعد ميلاد الفرد وخلال دورة حياته الطويلة ،

٨- أن العلاج يختلف من نمط إلى آخر، ومن حالة إلى أخرى ،

٩- أن تناول كل نمط من هذه الأنماط قد شهد ظهور أساليب، واستراتيجيات حديثة، كما أن ذلك يتضمن بلا شك استخدام التكنولوجيا الحديثة ،

ومن هذا المنطلق فإن الكتاب الحالى يتضمن بين طياته فصول خمسة بحيث يبرز هذا الموضوع فى شكل متكامل، كما يعمل على إبراز كل ما هو جديد فى هذا الإطار . وعلى ذلك يتناول الفصل الأول الإعاقة العقلية عامة مبيناً مفهومها، وأنماطها، وأساليب الرعاية المتبعة . ويتناول الفصل الثانى التخلف العقلى وهو ما يعد أكثر تلك الإعاقات شيوعاً وانتشاراً وذلك بحسب نسب ومعدلات الانتشار . كما يتناول مفهومه، وتشخيصه، وتصنيفه، وأسبابه، وأهم أساليب الرعاية التى يمكن استخدامها مع أولئك الأطفال الذين يعانون منه . أما الفصل الثالث فيتناول اضطراب التوحد، ويسير على نفس هدى الفصل الثانى فيتناول المفهوم، والأسباب، والتصنيف،

والتشخيص، والتقييم، وأهم أساليب الرعاية التي يمكن اتباعها مع أولئك الأطفال. وإلى جانب ذلك فإن الفصل الرابع والذى يتمثل فى متلازمة أعراض داون يسير فى نفس الاتجاه فيتناول مفهومها، وأنماطها، وأسبابها، وتشخيصها، وتقييمها إلى جانب أساليب الرعاية سواء المشتركة أو الخاصة بهذا النمط من أنماط الإعاقة العقلية.

ويأتى الفصل الأخير كى يعطينا مثالاً يبرهن به على وجود الإعاقات العقلية المزدوجة، وهذه العلاقات هى تلك التى تجمع فى طرفيها بين أحد أنماط الإعاقة العقلية من ناحية، وبين أحد أنماط إعاقات أربع من الناحية الأخرى هى الإعاقة العقلية، والإعاقة الحسية، والإعاقة الجسمية، والإعاقة النمائية أو الاضطراب النمائي. ولكننا مع ذلك اكتفينا بتناول النمط الأول منها أى الإعاقة العقلية- العقلية إذ سنقوم بتناول الإعاقات الأخرى فى مواضع أخرى، أو بالأحرى سنقوم بتناول الإعاقة العقلية مع الإعاقات الأخرى وذلك فى مواضع أخرى. ويتناول هذا الفصل اضطراب التوحد مع متلازمة أعراض داون مع التركيز على أن ما يحدث بينهما يعد بمثابة تلازم مرضي، كما يتناول كذلك اضطراب التوحد مع التخلف العقلى مع التركيز على قضية أساسية تتعلق بما إذا كانت العلاقة المرضية بينهما تعتبر تداخلاً فقط، أم أنها تعد تلازماً مرضياً بدلاً من ذلك، وانتهى الفصل إلى أن الحالتين موجودتان، ولكنهما مختلفتان فى العديد من جوانب الشخصية.

وأخيراً أسأل الله العلى القدير أن أكون قد وفقت فى عرضى لهذا الكتاب، وأن أكون قد أضفت به جديداً إلى المكتبة العربية فى التربية الخاصة، وأن يستفيد منه كل من يلجأ إليه، وأن يجد فيه ضالته المنشودة، وأن تتحقق به الفائدة المرجوة منه..

والله ولى التوفيق ،،،

أ.د./عادل عبد الله محمد

المحتويات

الفصل الأول

الإعاقة العقلية

مقدمة

تعد الإعاقة العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يمكن أن يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجانب العقلي رغم ما يعانيه مثل هذا الفرد من مشكلات متعددة يعد هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترتب عليها مشكلات جمة في العديد من جوانب النمو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعتبر ضرورية كي يتمكن الطفل من العيش أو التعايش مع الآخرين، وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة.

ومما لا شك فيه أن هناك أنماطاً متعددة للإعاقة العقلية بمعنى أن الأمر لا يقف عن حدود نمط واحد بعينه تشير إليه مثل هذه الإعاقات وتعكسه، بل يتخطاه إلى ما هو أكثر من ذلك، فتتعدد مثل هذه الأنماط وإن ظلت هناك أنماط ثلاثة رئيسية تعد هي الأكثر انتشاراً بينها وذلك على مستوى العالم بأسره. وقد تتأثر مثل هذه الأنماط بعوامل أو أسباب معينة تعد مشتركة بينها جميعاً، كما أن هناك إلى جانب ذلك أسباباً خاصة بكل نمط من تلك الأنماط. ومع أن تلك العوامل تعتبر في الأصل إما عوامل وراثية، أو بيئية فإنها مع ذلك تنقسم إلى ثلاثة أنماط أساسية من العوامل يتعلق الأول

منها بتلك العوامل التى يتمركز أثرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، أما الثانى فيضم العوامل التى يكون لها الأثر أثناء الولادة، بينما يتعلق ثالثها بمجموعة العوامل التى يكون لها الأثر المباشر فى مرحلة ما بعد الولادة. وهناك أساليب متعددة للتدخل تتضمن برامج مختلفة، واستراتيجيات متنوعة تختلف من نمط إلى آخر من أنماط الإعاقة العقلية الثلاثة التى تتمثل فى التخلف العقلى mental retardation واضطراب التوحدautism ومتلازمة أعراض داونDown`s syndrome . وفى حين يعود التخلف العقلى فى أساسه إلى عوامل وراثية محددة، وأخرى بيئية معروفة أيضاً، وتعود متلازمة أعراض داون إلى الشذوذ الكروموزومى وذلك فى الكروموزوم رقم ٢١ على وجه التحديد، أو يرجع كذلك إلى الخطأ فى انقسام الخلايا، فإنه لا توجد أسباب محددة حتى الآن يمكن أن نقول أنها هى المسئولة عن اضطراب التوحد وذلك على الرغم مما لاحظناه من تحديد بعض العوامل أو حتى الجينات لذلك، وما نلاحظه من إجراء الأبحاث الحديثة فى هذا الصدد للتأكد منها أو من غيرها من العوامل، أو التوصل من ناحية أخرى إلى سبب بعينه أو حتى إلى مجموعة محددة من العوامل يمكن أن نعزو إليها حدوث مثل هذا الاضطراب حتى يمكن التعامل معه بعد ذلك بشكل أكثر فاعلية.

وجدير بالذكر أن حالات الزيادة الكروموزومية فى الكروموزوم رقم ٢١ ليست هى الحالة الوحيدة لمثل هذه الزيادة كما ترى كيسلنج وسوتيل (٢٠٠٢) Kessling&Sawtell حيث هناك حالات متعددة أخرى تحدث فيها مثل هذه الزيادة، ومن أمثلتها تلك الزيادة الكروموزومية فى الكروموزوم رقم ١٣ (Trisomy 13) وفى الكروموزوم رقم ١٨ (Trisomy 18) . وفى هاتين الحالتين تزداد حدة الإعاقة بدرجة كبيرة حيث يعد كلاً منهما أكبر فى الحجم من الكروموزوم رقم ٢١ إذ أن الكروموزوم رقم (١) يعد هو الأكبر حجماً، ثم يقل حجم الكروموزوم مع الزيادة فى رقمه، ولذلك فإن الزيادة الكروموزومية فى الكروموزوم رقم ١٣ وكذلك ما تعرف بمتلازمة أوشرUsher`s syndrome تصاحبها إعاقة حسية مزدوجة وذلك فى السمع والبصر إلى جانب ذلك. كما أنه يمكن حدوث زيادة كروموزومية أيضاً فى

الكـــروموزوم المحـــدد للجنس Trisomy for the X chromosome حيث يمكن أن يـــوجد كـــروموزوم Y إضافى ليكون الناتج XYY أو كروموزوم X إضافى ليكون الـــناتج XXY إلا أن تـــأثيره فى هـــذا الإطار يقل عن تأثير الزيادة الكروموزومية فى الكروموزوم رقم ٢١ ٠

وإلى جانـــب ذلك يمكن أن تحدث الزيادة الكروموزومية فى أى كروموزوم آخر، ولكـــن الأمـــر عادة ما ينتهى بالإجهاض وذلك بشكل طبيعي٠ ومن الأقل احتمالاً بالنســبة للـــوالدين الـــذين ينجـــبان طفـــلاً لديه إحدى هذه الحالات من الزيادة الكـــروموزومية أن ينجبا طفلاً آخر فى حالة أخرى مختلفة من الزيادة الكروموزومية، أى أنـــه إذا كانـــت الزيادة الكروموزومية لدى الطفل فى الكروموزوم رقم ٢١ يقل احـــتمال إنجـــاب طفـــل آخر لديه زيادة كروموزومية فى كروموزومات أخرى مثل الكروموزوم رقم ١٣ أو الكروموزوم رقم ١٨ أو فى الكروموزوم المحدد للجنس على سبيل المثال، لكن إذا حدث وتم إنجاب طفل آخر لديه زيادة كروموزومية فإنها تكون من نفس نمط الزيادة الكروموزومية لدى الطفل الأول٠

وغنى عن البيان أن الأنثى من ذوات متلازمة داون يمكنها أن تتزوج وتنجب أطفالاً بشـــرط أن يكون زوجها عادياً أى لا يعانى من ذات المتلازمة أو غيرها من الإعاقات العقلـــية، وهنا يصبح احتمال إنجاب طفل من ذوى متلازمة داون مساوياً ٥٠ % فى حـــين نجـــد أن الذكـــر من ذات المتلازمة على الرغم من قدرته على تكوين علاقات عاطفـــية فإنـــه يعد غير قادر على الإنجاب إلا فى حالات نادرة للغاية لا تصل ١ % تقريباً بشرط أن تكون الزوجة عادية، ويصبح فى مثل هذه الحالة احتمال إنجاب طفل من نفس المتلازمة مساوياً ٥٠ % أيضاً، أما إذا كانت زوجته منْ نفس المتلازمة فإن احتمال الإنجاب فى حد ذاته يقل بدرجة كبيرة، أما إذا حدث إنجاب وهو الأمر الذى لا يحدث سوى فى حالات نادرة فإن احتمالات إنجاب طفل من نفس المتلازمة تكون مرتفعة للغاية٠

الإعاقــة العقليــة

تمثل الإعاقة العقليةmental impairment, intellectual disability في أى صورة مــن صــورها محــوراً هاماً وأساسياً من تلك المحاور التى تدور التربية الخاصة حولها، وتولــيها اهتمامها. وتعرف الإعاقة العقلية بأنها اضطراب فى واحدة أو أكثر من تلك العملــيات الســيكلوجية الأساســية التى يتضمنها الفهم واستخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة والتى يمكن أن تعبر عن نفسها على هيئة قصور فى واحدة أو أكثر من قدرات الطفل التالية :

١- القدرة على الاستماع.

٢- القدرة على التفكير.

٣- القدرة على التحدث.

٤- القدرة على الكتابة.

٥- القدرة على التهجي.

٦- القدرة على إجراء العمليات الحسابية.

ومــن ثم فــإن مثل هذه الإعاقة تعد بمثابة حالة تتعارض مع تحقيق إنجاز أكاديمى يتناســب مع عمر الطفل، كما تتعارض مع قيامه بأنشطة الحياة اليومية بذلك الشكل وتلــك الكيفية التى نتوقعهما ممن هم فى مثل سنه. وعلى ذلك فإن أول عقبة يمكن أن يتعرض لها الأطفال ذوو الإعاقة العقلية تتمثل فى حدوث قصور فى تجهيز المعلومات من جانــبهم حيث تعاق قدرتهم على الاحتفاظ بالمعلومات، أو القيام بالعمليات المختلفة علــيها، أو إنتاج مثل هذه المعلومات. كما أن تلك الإعاقة تستتبعها بالضرورة عدة أمــور لها مغزاها ودلالتها فى هذا الإطار حيث تترتب عليها وتمثل انعكاساً لها، وهذه الأمور هى :

١- عدم قدرة الطفل على أن يحيا بشكل مستقل.

٢- عدم قدرته على إتباع التوجيهات والتعليمات المختلفة.

٣- عدم قدرته على القيام بترتيب المعلومات أو البيانات المختلفة.

٤- عدم قدرته على تصنيف تلك المعلومات أو البيانات.

٥- تدني مهاراته الاجتماعية.

٦- قصور مهاراته التنظيمية.

٧- عدم قدرته على الاختيار أو ما يعرف بالقدرة على اتخاذ القرارات المختلفة.

ومن هذا المنطلق فإن الإعاقة العقلية تعد بمثابة أي حالة يتدنى فيها مستوى الأداء الوظيفي العقلي للطفل إلى الدرجة التي تصل به إلى القصور في هذا الجانب إضافة إلى القصور في سلوكه التكيفي وهو ما يمكن التأكد منه عن طريق استخدام المقاييس الخاصة بذلك. ومن المعروف أن هناك حالات عديدة يبدو أداء الطفل الوظيفي العقلي عاملاً أساسياً فيها، إلا أن الواقع وما تظهره الإحصاءات العديدة كتلك التي صدرت عن الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (NAAR(٢٠٠٣ تؤكد أن هناك ثلاثة أنماط أساسية من هذه الإعاقات يمكن ترتيبها بحسب نسبة انتشارها كما يلي :

١- التخلف العقلي.

٢- اضطراب التوحد.

٣- متلازمة أعراض داون.

هذا وقد كانت الإحصاءات التي صدرت عن الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America حتى عام ١٩٩٩ تؤكد أن اضطراب التوحد يأتي بعد متلازمة أعراض داون من حيث نسبة الانتشار، إلا أن الأمر قد شهد اختلافاً كبيراً بعد

ذلك حيث أصبحت متلازمة أعراض داون هى التى تأتى فى الترتيب بعد اضطراب التوحد الذى لا يسبقه فى هذا الإطار سوى التخلف العقلى فقط.

وجدير بالذكر أن كل أنماط الإعاقة العقلية تتميز بضرورة توفر شروط التخلف العقلى فيها دون الحاجة إلى وجود التخلف العقلى معها ككيان مستقل لدى نفس الفرد فى نفس الوقت وهو الأمر الذى يعنى وجود تداخل بين تلك الإعاقات. وعلى هذا الأساس نجد أن كل إعاقة من تلك الإعاقات تتطلب توفر ثلاثة شروط أساسية هى :

١- أن يقل الأداء الوظيفى العقلى للطفل بشكل يدل على وجود قصور فيه، وهو ما يجعله ينعكس سلباً على مستوى ذكائه فيصل ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال.

٢- أن يعانى الفرد كذلك من قصور فى تلك المهارات التى تتعلق بسلوكه التكيفى وترتبط به مما يؤدى بالضرورة إلى قصور فى سلوكه التكيفي.

٣- أن تحدث مثل هذه الإعاقة خلال سنوات النمو، وبالتحديد خلال طفولة الفرد أى قبل انتهاء مرحلة الطفولة المتأخرة.

وبناء على ذلك فإننا نلاحظ أن مستوى الذكاء بالنسبة للطفل الذى يعانى من أى إعاقة من تلك الإعاقات يقل عن ٧٠ على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال. ومن أشهر هذه المقاييس وأكثرها استخداماً على مستوى العالم مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال، ومقياس ستانفورد- بينيه للذكاءStanford- Binet . ومعنى أن يقل مستوى ذكاء الطفل عن ٧٠ أنه يقل عن المستوى العادى بمقدار انحرافين معياريين أو أكثر حيث أن المتوسط بالنسبة لكلا المقياسين السابقين يساوى ١٠٠ والانحراف المعيارى يساوى ١٥ لمقياس وكسلر، و ١٦ لمقياس ستانفورد- بينيه. وبالتالى فإن الانحرافين المعياريين يساويان ٣٠ تقريباً، وإذا ما طرحنا ٣٠ من مائة يكون الناتج ٧٠ وهى الدرجة التى تمثل الحد الأعلى لمستوى الذكاء بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً.

ومـــن المعـــروف أن مستوى الذكاء يقل بعد ذلك حتى خمس انحرافات معيارية ليصل بـــذلك إلى ٢٥ أو أقل، وحينئذ يكون الطفل فى أدنى مستويات التخلف العقلى وهو الـــتخلف العقلى الشديد جداً profound أما عندما يقل بمقدار أربعة انحرافات معيارية فقـــط فإن الطفل آنذاك يكون فى مستوى التخلف العقلى الشديد severe بينما إذا قل بمقـــدار ثلاثة انحرافات معيارية فإن ذلك إنما يعكس مستوى التخلف العقلى المتوسط moderate فى حـــين نجـــد أن مستوى التخلف العقلى البسيط mild يقع بين حدود الانحرافين المعياريين وثلاثة انحرافات معيارية وذلك عن المستوى المتوسط الذى تتراوح درجته هو بين ٩٠- ١١٠ .

أمـــا بالنسبة لاضطراب التوحد وهو ثانى هذه الأنماط فإن الإحصاءات التى أشرنا إلـــيها ســـلفاً تـــؤكد أن ما بين ٩٠- ٩٥ % تقريباً من الأطفال التوحديين يتراوح مستوى ذكائهم بين التخلف العقلى البسيط والمتوسط، ونادراً ما نجد أطفالاً توحديين يقـــل مســـتوى ذكـــائهم عن ذلك. لكننا نلاحظ أن متلازمة أسبرجر Asperger`s syndrome والـــتى تمـــثل أحـــد أنماط اضطراب طيف التوحد autism spectrum disorder نادراً ما تصيب أطفالاً يقل مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط، بل إنها غالـــباً ما تصيب أطفالاً من ذوى الذكاء المرتفع وربما المرتفع جداً لدرجة أننا كثيراً ما نجد كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) بين أولئك الأطفال أطفالاً من الموهوبين وذلك فى مجـــالات متبايـــنة مـــن مجالات الموهبة. وإذا ما انتقلنا إلى النمط الثالث من أنماط الإعاقة العقلية والذى تمثله متلازمة أعراض داون فإننا نلاحظ أيضاً تدنى مستوى ذكاء أولئك الأطفال الذين يعانون منها حيث يتراوح مستوى ذكائهم بين المستوى البسيط والمتوسط، ونادراً ما نجد من بينهم من يقل مستوى ذكائه عن ذلك.

أمـــا بالنســـبة للشرط الثانى والذى يتمثل فى قصور مهارات السلوك التكيفى من جانـــب أولئك الأطفال ذوى الإعاقة العقلية فإن كندول (٢٠٠٠) Kendall يرى أن هناك قصوراً واضحاً فى مهارات السلوك التكيفى من جانب الأطفال المتخلفين عقلياً، ومن ثم فإننا يجب أن نلجأ إلى استخدام مقاييس للسلوك التكيفى إلى جانب اختبارات

الـذكاء المناسبة وذلك فى سبيل تشخيص أولئك الأطفال بشكل دقيق حيث أن نسبة انتشـار التخلف العقلى على مستوى العالم تبلغ ٣ % تقريباً عند استخدام مقاييس الـذكاء فقـط، إلا أن تلك النسبة تقل إلى حدود ١ % تقريباً عند إضافة مقاييس السـلوك التكيفى إلى تلك الاختبارات. ونحن نرى أننا فى مصر نعتمد فى تشخيصنا للـتخلف العقلـى على اختبارات الذكاء فقط، وهذا هو المتبع فى كل مدارس التربية الفكـرية لدينا. أما بالنسبة للأطفال التوحديين فإن الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا المجـال قد توصلت إلى أن مهارات السلوك التكيفى من جانبهم تماثل ما لدى أقرانهم المـتخلفين عقلـياً أو تقل عنهم وهو ما كشفت عنه تلك الدراسة التى أجراها عادل عـبدالله (١٩٩٩) ووجد فيها أن هناك فروقاً دالة فى الدرجة الكلية لمهارات السلوك التكيفى بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقلياً لصالح الأطفال المتخلفين عقلياً علـى الرغم من عدم وجود فروق دالة بينهما فى بعض المهارات، ووجود فروق دالة بيـنهما فى بعضـها الآخر كما سنوضح فى الفصل الخامس. كذلك فقد أوضحت الدراسات أن مهارات السلوك التكيفى من جانب الأطفال ذوى متلازمة أعراض داون تماثـل تقريباً ما لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً، ولا يوجد بينهما فروق دالة فى مثل هذا الإطـار. وبذلك يتضح أن كل فئات الإعاقة العقلية يعانى أعضاؤها من قصور واضح فى مهارات السلوك التكيفى من جانبهم.

وفـيما يتعلق بالشرط الثالث والخاص بحدوث تلك الإعاقة خلال سنوات الطفولة بمراحلها الفرعية الثلاث وذلك حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة فإن الواقع يشهد أن إصـابات الدماغ الشديدة التى تؤدى إلى ما يعرف بارتجاج المخ تتسبب خلال مرحلة الطفـولة فى ضـمور بعض خلايا المخ، يتبعه حدوث تخلف عقلى وهو الأمر الذى لا يحدث بداية من مرحلة المراهقة وما بعدها وذلك إذا ما رجعت أسباب الإعاقة العقلية فى تلك الحالة إلى عوامل تحدث بعد الولادة، و لم تعد إلى أسباب وراثية، أو إلى أسباب بيئـية أخرى خلال مرحلة ما قبل الميلاد، و لم تعد كذلك إلى تلك الأسباب التى يمكن أن تحـدث أثـناء الولادة. أما بالنسبة لاضطراب التوحد فإن هناك شرطاً أساسياً فى

تشخيص حالات الإصابة به يؤكد على أنه لا بد أن يحدث قبل وصول الطفل ثلاثين شهراً من عمره، أو قبل وصوله الثالثة من عمره بشكل عام، ويستثنى من ذلك حالات التخلف العقلى الشديد جداً حيث تتعرض لنمط خاص من أنماط التوحد يعرف بالتوحد اللانموذجيatypical autism يتأخر ظهوره عن هذه السن. ووفقاً لذلك فإن العديد من المشكلات التى تواجهنا عند تشخيص التوحد لدى ذوى الإعاقات الأخرى إنما تكمن فى أننا نركز فى الأساس على تلك الإعاقات الأخرى، وقد لا نقوم بإرجاع بعض السلوكيات التى تصدر عن الطفل حينئذ إلى التوحد لأننا نستبعد حدوثه إذ يكون الطفل قد تجاوز الثالثة من عمره وذلك كما سنوضح فى الفصل الأخير من الكتاب مع أنه لا يكون لدينا آنذاك تاريخ مرضى للطفل نستطيع أن نجزم من خلاله بعدم وجود مثل هذه السلوكيات قبل وصول الطفل الثالثة من عمره أو حتى بعد ذلك. بينما نلاحظ أن متلازمة أعراض داون تحدث عادة مع بداية فترة الحمل conception وذلك بعد تكوين البويضة الملقحة أو اللاقحةfertilized egg, zygote لأنها ترجع فى الأساس إلى شذوذ كروموزومى أو خطأ فى انقسام الخلايا ينتج عنه وجود كروموزوم إضافى أو زائد فى الكروموزوم رقم ٢١ ليصبح بذلك عدد الكروموزومات فى كل خلية بالجسم ٤٧ بدلاً من ٤٦ كما هو الحال فى الظروف الطبيعية وذلك لدى الغالبية العظمى من أولئك الأطفال الذين يعانون من تلك المتلازمة، بينما قد لا تحدث مثل هذه الزيادة الكروموزومية لدى أطفال آخرين فيظل بالتالى عدد الكروموزومات فى كل خلية ٤٦ كروموزوماً مع وجود خطأ فى انقسام الخلايا وخاصة فى الكروموزوم رقم ٢١ حيث يتوقف جزء منه عن الانقسام، بل وقد ينتقل إلى كروموزوم آخر، وغالباً ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم ١٤ وهنا يكون مثل هذا الانتقال جزئياً إذ نجد أن جزءاً من الكروموزوم رقم ٢١ هو الذى انتقل من مكانه إلى مكان آخر، وأحياناً يكون هذا الانتقال كلياً حيث يكون الكروموزوم رقم ٢١ حراًfree فينتقل كلية إلى كروموزوم آخر. وإلى جانب ذلك هناك حالات أخرى يحدث فيها ما يعرف بتضاعف تركيب الخلية أو

الفسيفسائية mosaicism تتألف على أثرها بعض خلايا الجسم من ٤٧ كروموزوماً بينما يتألف بعضها الآخر من ٤٦ كروموزوماً فقط، وتتوقف حينئذ درجة الإعاقة العقلية على عدد الخلايا الشاذة بالجسم قياساً بالخلايا العادية. وتؤدى تلك الزيادة الكروموزومية أو هذا الخطأ الكروموزومى إلى تغير واضح ومميز فى شكل الجسم، وسماته، كما يؤثر على جوانب النمو المختلفة، وعلى ما يرتبط بها من مهارات متباينة، وعلى توقيتات كثيرة مختلفة تتعلق بظهور شيء معين لدى الطفل، أو الوصول إلى نقاط أساسية معينة فى النمو milestones أو ظهور مهارات أو تناسقات معينة أو تآزر الحركات، وقدرة الطفل على إجادتها والسيطرة عليها وذلك بالشكل الذى يتفق مع عمره الزمني، ومع ما يمكن أن يقوم به أقرانه الآخرون فى مثل سنه، وفى جماعته الثقافية.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه الإعاقات تؤثر بشكل مباشر على جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ولا تترك جانباً منها دون أن تؤثر عليه سلباً، ومن هذه الجوانب ما يلى :

١- الجانب العقلى المعرفي.

٢- الجانب الجسمى والفسيولوجي.

٣- الجانب الحركي.

٤- الجانب اللغوي.

٥- الجانب الانفعالي.

٦- الجانب الاجتماعي.

كما أنها إلى جانب ذلك تؤثر كثيراً على مهارات الطفل المختلفة كمهارات العناية بالذات، ومهارات الحياة اليومية، وغيرها من المهارات وهو الأمر الذى نوضحه بشكل جلى على امتداد الفصول الثانى والثالث والرابع من هذا الكتاب مما يضفى على هؤلاء

الأفراد سمات فريدة تميزهم دون سواهم، كما تجعل من كل فئة منهم فئة مميزة ومتميزة حتى عن غيرها من فئات الإعاقة العقلية الأخرى وهو الأمر الذى يمكن أن يسهم فى رسم بروفيل خاص بالطفل فى كل فئة من تلك الفئات الثلاث مما يجعل منها فئة فريدة ومتفردة. ومع ذلك فنحن نرى أن كل فئة من هذه الفئات الثلاث تمثل فيما بينها فئة غير متجانسة من الأفراد وذلك وفقاً للعديد من المتغيرات والعوامل والظروف المختلفة التى أسهمت فى حدوث مثل هذه الإعاقة أو تلك، والتى تحيط بالطفل وتؤثر عليه بشكل مباشر أو حتى بشكل غير مباشر. وبالتالى يصبح من الصواب عند التعامل مع أعضاء كل فئة من هذه الفئات أن يتم التعامل معهم على أساس فردى أى يتم التعامل مع كل فرد وفقاً لخطة تعلم فردية individual educational plan يتم تصميمها فى ضوء حاجاته، وقدراته، وإمكاناته، والظروف المحيطة به، وبالتالى لا يمكن استخدامها إلا معه هو شخصياً دون سواه، كما لا يكون بمقدورنا أن نستخدمها مع غيره من الأطفال دون إدخال تعديلات تكاد تكون جوهرية عليها، وهو الأمر الذى يكون من شأنه أن يجعلها فى تلك الحالة خطة مختلفة تماماً عن غيرها.

ومن ناحية أخرى يمكننا إلى جانب تعليم الطفل بشكل فردى أن نقوم بتعليمه فى إطار مجموعة صغيرة، أو يتم دمجه فى فصول العاديين سواء لبعض الوقت أو كل الوقت أى فى حالتى الدمج الجزئى أو الكلي، أو حتى يتم تعليمه فى فصله هو الذى يدرس فيه بمدرسته الخاصة مع من هم على شاكلته. ومن ثم تتعدد البرامج التربوية التى يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال وذلك فى ضوء الحاجات الفردية لكل منهم، ومن هذه البرامج ما يلى :

١- برامج متمركزة حول الطفل.

٢- برامج متمركزة حول الأسرة.

٣- برامج متمركزة حول المجتمع المحلي.

٤- برامج فردية.

٥- برامج يتم تقديمها فى إطار مجموعة صغيرة من الأطفال.

٦- برامج يتم تقديمها فى إطار فصول التربية الخاصة.

٧- برامج يتم تقديمها فى إطار الفصول العادية من خلال الدمج.

٨- برامج تقوم على التعليم التعاوني.

٩- برامج تقوم على التعاون بين معلمى التربية الخاصة ومعلمى الأطفال العاديين.

أسباب الإعاقة العقلية

ترجع أسباب الإعاقات العقلية أو العوامل التى يمكن أن تؤدى إليها فى الأساس إلى نوعين رئيسيين من العوامل يتمثل أولهما فى العوامل الوراثية، بينما يتمثل الثانى فى العوامل البيئية، ولكل من هذه العوامل تأثيره الكبير فالعوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً فى التكوين حيث تنتقل السمات المرضية إلى الأبناء من الآباء والأجداد، ولا يقل دور العوامل البيئية عن ذلك حيث يبدأ دورها منذ تكوين البويضة الملقحة إذ أن هناك عوامل بيئية مختلفة تؤثر على الجنين وهو فى رحم أمه، كما أن هناك عوامل بيئية مختلفة تؤثر عليه أثناء الولادة، إضافة إلى وجود عوامل أخرى تؤثر عليه بعد ولادته وذلك فى أى وقت خلال سنوات نموه وبالتحديد حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة. ويمكن أن نعرض لتلك العوامل على النحو التالى :

أولاً : مجموعة العوامل الوراثية :

مما لا شك فيه أن الوراثة تعنى فى أساسها انتقال سمات مختلفة من الأجداد والآباء إلى الأبناء والأجيال التالية، وأن بعض هذه السمات تكون فى أساسها سمات مرضية، إلى جانب أن هناك بعض الأمراض تنتقل أيضاً عن طريق الوراثة أى عن طريق الجينات. ومن هذا المنطلق فقد يولد الطفل معوقاً لأبوين عاديين حيث تنتقل السمات المرضية إليه فى تلك الحالة عن طريق جين متنحrecessive gene قد ينتقل إليه من الأب أو الأم، وقد يولد الطفل من جانب آخر معوقاً لأبوين من المعوقين أو يكون

أحـــدهما فقط معوقاً والآخر عادى فتنتقل السمات المرضية إليه آنذاك عن طريق جين سائد· dominant gene كما أن هناك احتمالاً آخر يتمثل فى انتقال السمات المرضية عـــن طـــريق الكـــروموزوم الجنســـي X chromosome كمـــا يحدث فيما نسميه بكروموزوم X الهشfragile X chromosome وهى الحالة التى تحدث للبنين بدرجة أعلـــى بكـــثير من البنات· كما أن الشذوذ الكروموزومى الذى يؤدى إلى حدوث متلازمة أعراض داون قد ينتج عن شذوذ فى انقسام الخلايا أو عن زيادة كروموزومية سواء كان مصدرها الأب أو الأم وذلك قبل أو بعد الحمل، أما ما يرتبط بالوراثة منها فهـــو النمط الثانى من هذه المتلازمة وهو ذلك النمط الذى ينتقل فيه الكروموزوم رقم ٢١ أو جزء منه إلى كروموزوم آخر21 translocation trisomy والذى تصل نسبة الأطفـــال به ٤ % تقريباً يعتبر ربعهم فقط على وجه التقريب أى ١ % هم الذين تنـــتقل تلـــك المتلازمة إليهم عن طريق الوراثة حيث يكون أحد والديهم ناقلاً لتلك المـــتلازمة، وإذا كانت الأم هى التى تنقلها فإن احتمال ولادة طفل آخر لها من نفس المتلازمة يصل ١ : ٦ بينما إذا كان الأب هو الناقل لها يكون احتمال ولادة طفل آخر لـــه مـــن ذات المتلازمة ١ : ٢٠ أما النمط الأول والثالث فلا يرتبطان بالوراثة، وإلى جانـــب ذلك فإن الأمر يتوقف على وجود تاريخ أسرى مرضى وذلك لأى نمط من أنماط الإعاقة العقلية·

ثانياً : مجموعة العوامل البيئية :

يشير وليامز (١٩٩٧) Williams إلى أن هناك العديد من الأفراد الذين تعرضوا فى الآونـــة الأخـــيرة لقصور أدائهم الوظيفى العقلى بسبب تلك التغيرات البيئية التى يعود الســـبب الرئيسى فيها إلى ما فعله الإنسان بتلك البيئة· وهذا يعنى أن ما فعله الإنسان بالبيـــئة وخاصة الدول القوية أو الغنية قد أضاف الكثير إلى تلك التعقيدات البيئية التى يكـــون مـــن شأنها أن تؤدى إلى الإعاقة العقلية، بل وإلى العديد من الأمراض الخطيرة والمزمنة التى تعد نمطاً من أنماط الإعاقة الجسمية، وربما تؤدى أيضاً فى كثير من الحالات إلى إعاقات حسية مختلفة، وبذلك فإن الأمر لا يقتصر على الإعاقات العقلية فحسب،

بــل يــتجاوزها إلى مــا عداها من إعاقات أخرى، وقد يؤدى إلى حدوث إعاقات مزدوجة تتراوح بين الإعاقة العقلية- العقلية، أو الإعاقات المزدوجة التى تكون إحدى الإعاقــات العقلــية الثلاث طرفاً فيها بينما يتمثل الطرف الآخر فى واحدة من تلك الإعاقات التالية :

١- إعاقة نمائية ،

٢- إعاقة جسمية ،

٣- إعاقة حسية ،

ومــن أهم العناصر البيئية التى تؤدى إلى ذلك تلك العناصر البيئية السامة التى تؤثر علــى الأعصاب كالرصاص، والإشعاع، والغازات الكيميائية السامة إلى جانب أن ما يعانــيه أبــناء الــدول الفقــيرة من نقص في عناصر غذائية لها أهميتها فى هذا الصدد كالحديــد، واليود iodine وهو الأمر الذي يرتبط بشكل مباشر بسوء التغذية يسهم بصــورة أساسية فى حدوث قصور فى الأداء الوظيفى العقلى من جانب أولئك الأفراد الذين يتعرضون لها لأنها تعد بمثابة عناصر غذائية أساسية ولازمة لنمو المخ. ومن ناحية أخــرى فــإن أبناء تلك الدول الفقيرة يتعرضون كذلك لنقص البروتينات وهو الأمر الذى يؤثر سلباً على القدرة العقلية لدى ثلث هؤلاء الأفراد وذلك بدرجات مختلفة مما يجعلــهم عرضــة للإصابة بإعاقة عقلية من نوع ما، كما أن انتشار الأمية فى مثل هذه الــبلاد يجعــل أبــناءها غير قادرين على معرفة وتحديد العناصر الغذائية اللازمة لبناء أجســامهم وعقولهم. ومن أهم العوامل البيئية التى يمكن أن تسبب الإعاقة العقلية ما يلى :

(١) العوامل الكيميائية : chemical factors

تلعــب العوامل البيئية دوراً هاماً فى حدوث الإعاقة العقلية، ويأتى فى مقدمة مثل هــذه العوامل التلوث بالرصاص، ونقص اليود، والمواد الكيميائية التى تؤثر على إفراز الهرمونات كتلك المواد السامة التى يتم استخدامها فى الأسلحة الكيميائية المختلفة التى

يزيد تأثيرها عن الرصاص بكثير حيث لا يوجد لها أى علاج حتى الآن. كما أن مثل هـــذه العوامل تتضمن الإشعاع أيضاً وهذا لا يقتصر على التعرض للأشعة السينية X rays فحســـب، بل يتجاوزها إلى الإشعاع الذرى أو النووى وهو الأمر الذى تزايد كـــثيراً فى ظـــل التسلح النووى والتسابق فيه، واستخدام النفايات النووية فى الأسلحة التقلـــيدية حيث تستخدم فى طلقات الرصاص والقنابل وغيرها، أو التسرب الإشعاعى مـــن المفـــاعلات النووية كما حدث فى مفاعل تشرنوبيلChernobyl . وإلى جانب ذلـــك فإنه عادة ما يتم استخدام الكيماويات فى مجال الزراعة عامة بشكل مبالغ فيه، إضـــافة إلى استخدامها بشكل مماثل فى المزارع السمكية. وكلها أمور يمكن أن تؤدى إلى تضـــاعف أعـــداد المعوقين عقلياً، كما يمكن أن تؤدى من ناحية أخرى إلى نقص أعداد الموهوبين والمبدعين وغيرهم.

(٢) سوء التغذية : malnutrition

تلعـــب الـــتغذية دوراً هاماً فى بناء الأجسام والعقول والقدرات العقلية عامة كما أوضحنا سلفاً، ولذلك فإن العناصر الغذائية المختلفة لها أهميتها البارزة فى هذا الإطار، ومـــن أهم هذه العناصر الحديد، واليود، والبروتينات وهو الأمر الذى يتطلب ضرورة الحصـــول علـــى غذاء متوازن يحتوى على العناصر الغذائية الضرورية للجسم. ومن الطـــريف أن اليونيسيفUNICEF قد وجدت أن الاستخدام المستمر لبدائل لبن الأم breast milk substitutes يؤدى إلى حدوث قصور فى مستوى ذكاء الأطفال الذين يتعرضـــون لذلك بمقدار ثمانى نقاط حيث يصبح متوسط مستوى ذكائهم ٩٢ وذلك علـــى اعتبار أن متوسط الذكاء سواء على اختبار وكسلرWechsler أو على اختبار ستانفورد- بينيهStanford- Binet يساوى مائة.

(٣) العوامل الاجتماعية :social factors

تلعـــب العـــوامل الاجتماعـــية هى الأخرى دوراً هاماً فى هذا الصدد حيث هناك العادات والتقاليد التى يحاكيها الطفل، ويلتزم بها فى سلوكياته بداية من العادات الغذائية

إلى العادات الاجتماعية فالعادات الجنسية حيث أن الممارسات الجنسية غير المقننة وغير الشـــرعية يمكن أن تؤدى إلى الإصابة بالإيدزAIDS والزهريsyphilis وأحد نمطى الهربزherpes وهى الأمور التى يكون لها تأثير كبير فى هذا الإطار. كما أن مدى ثراء هذه البيئة بالمثيرات المختلفة له تأثيره الكبير هو الآخر إلى جانب أن هناك أموراً أخرى لها دورها حيث تعد ذات تأثير كبير وخطير، ولا يمكن تجاهلها كالتدخين، والإدمان، وتعاطـــى الكحولـــيات، أو حتى تعاطى العقاقير المختلفة دون إشراف طبي. أما عن العـــادات الغذائية فهى تتعلق دون شك بعدم تناول الطعام المتوازن الذى يحتوى على جمـــيع العناصر الغذائية اللازمة لبناء الجسم والعقل نتيجة لعدم وجودها فى البيئة، أو لعدم القدرة على الحصول عليها من جراء الفقر أو تدنى المستوى الاقتصادى مثلاً، أما العادات الاجتماعية فتركز على أمور معينة يمكن أن تعمل على تحقيق الفائدة، ويمكن أن تـــتجاهلها وتركـــز علـــى أمور غيرها قد لا تكون ذات جدوى وهو الأمر الذى يـــتوقف فى المقـــام الأول على المستوى الثقافى للأسرة، ومستوى تعليم الوالدين، وما يكون سائداً فيها من ممارسات ثقافية مختلفة.

(٤) الظروف الخاصة :

يمكـــن أن تتمـــثل مثل هذه الظروف فيما يمكن أن يتعرض له الفرد دون غيره من حـــوادث، وإصابات، وصدمات شديدة فى الدماغ، وغير ذلك مما يمكن أن يؤدى فى الـــنهاية إلى حـــدوث تلف أو ضمور فى بعض خلايا المخ ينتج عنها قصور فى الأداء الوظيفى العقلى عامة، أو عدم القدرة على القيام بالعديد من المهارات التى كان الطفل يقوم بها قبل ذلك. هذا إلى جانب تعرض الطفل للعدوى، أو لأمراض معينة لها تأثيرها الشديد فى هذا الإطار، أو تعرضه لأمراض مزمنة أو أمراض خطيرة تترك أثرها السلبى علـــى قدراته العقلية المعرفية، وعلى مهاراته التى تتعلق بالسلوك التكيفي، أو على أدائه لمهارات وأنشطة الحياة اليومية.

أنماط الإعاقة العقلية

ذكرنا من قبل أن الإعاقة العقلية تعنى أى حالة يتدنى فيها مستوى الأداء الوظيفى العقلـــى للطفل إلى الدرجة التى تصل به إلى القصور إضافة إلى قصور مماثل فى سلوكه التكيفـــى علـــى أن يحدث ذلك خلال سنوات نموه. كما ذكرنا أيضاً أن هناك أنماطًا متعددة لمثل هذه الإعاقات، ولكن أكثر تلك الأنماط شيوعاً يتمثل فيما يلى :

١- التخلف العقلي.

٢- اضطراب التوحد.

٣- متلازمة أعراض داون.

وأن هذا الترتيب الذى أشرنا إليه إنما يرجع إلى نسبة انتشار كل منها، ومن ثم فإن الـــتخلف العقلـــى يعـــد هو أكثرها شيوعاً وانتشاراً، يليه اضطراب التوحد، ثم تأتى مـــتلازمة أعراض داون فى الترتيب الأخير من حيث نسبة الانتشار. وهذا لا يعنى بأى حـــال من الأحوال أن نسبة انتشار متلازمة داون منخفضة، بل على العكس من ذلك حـــيث كانت تسبق اضطراب التوحد فى الترتيب بناء على نسبة الانتشار وذلك حتى وقـــت قـــريب جـــداً وبالتحديد حتى عام ٢٠٠٢ ، إلا أن الأمر قد اختلف منذ عام ٢٠٠٣ وبات اضطراب التوحد سابقاً لمتلازمة أعراض داون فى الترتيب بناء على نسبة انتشـــار كل منهما. ومن ناحية أخرى فإن الإعاقة العقلية قد تكون إعاقة منفردة أى وحـــيدة أو فـــردية، وقد تكون بجانب ذلك إعاقة مزدوجة أى تجمع إلى جانبها إعاقة أخرى، وقد تتمثل تلك الإعاقة الأخرى فى واحدة أو أكثر مما يلى :

١- إعاقة عقلية.

٢- إعاقة حسية.

٣- اضطراب أو إعاقة نمائية.

٤- إعاقة جسمية.

ونظـــراً لأن الإعاقـــات النمائية ليس موضعها هنا، وأننا سوف نتناول الإعاقات العقلـــية الحســـية فى كتاب آخر هو الإعاقات الحسية، فإننا سوف نكتفى هنا بتناول الإعاقات العقلية المنفردة أى التى تكون على هيئة إعاقة واحدة فقط، ثم الإعاقة العقلية المـــزدوجة وأقصد الإعاقة العقلية– العقلية، وسوف نتناول فيها اضطراب التوحد مع مـــتلازمة أعراض داون، واضطراب التوحد مع التخلف العقلى وهو ما يعرض الفصل الخامس له.

١- التخلف العقلى

يعتـــبر التخلف العقلى هو أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً وذلك إلى الدرجة التى ينظـــر بها الكثير من الأفراد فى البلدان النامية حتى المثقفين منهم إلى الحالات الأخرى للإعاقـــة العقلـــية على أنها تخلف عقلي، وهو حالة يتدنى فيها الأداء الوظيفى العقلى المعرفى للطفل إلى ما دون المتوسط، ويصبح مستوى ذكائه فى حدود ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال. كما أنه من ناحية أخرى يعانى من قصور دال فى قدرتـــه على أن يواكب أو يساير متطلبات الحياة العامة حيث يفتقر إلى بعض مهارات الحياة اليومية المتوقعة من أقرانه فى مثل سنه وفى جماعته الثقافية على أن تحدث مـــثل هـــذه الإعاقة خلال سنوات نموه وبالأحرى خلال مرحلة طفولته على أقصى تقدير، أى حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة. ومن المعروف أن مثل هذه الإعاقة تؤثر تأثيراً سلبياً كبيراً على العديد من الجوانب ذات الأهمية فى حياة الطفل، ومنها ما يلى :

١ – القدرة على التعلم.

٢- القدرة على التواصل.

٣- القدرة على العناية بالذات.

٤- السلوك الاستقلالي.

٥- التفاعل الاجتماعي.

٦- اللعب.

٧- العمل أو القدرة المهنية.

٨- الصحة والأمان.

ومـــن المعروف أن نسبة انتشار التخلف العقلى تقع فى حدود ١ % تقريباً إذا ما قمـــنا باســـتخدام مقاييس السلوك التكيفى إلى جانب مقاييس الذكاء، أما إذا ما قمنا باســـتخدام مقاييس الذكاء فقط فإن الأمر يختلف تماماً حيث قد تصل هذه النسبة إلى حـــدود ٣ % تقريباً. كما أن التخلف العقلى يزداد انتشاره بنسبة قليلة بين الذكور قياســـاً بالإنـــاث، وأنـــه لا يـــرتبط بالسلالة، أو العرق، أو الطبقة الاجتماعية، أو الاقتصـــادية، أو الثقافية، كما أنه لا يرتبط بدولة معينة أو إقليم معين، بل إنه عادة ما ينتشر بين جميع الأفراد فى دول العالم بأسره على حد سواء.

ويميـــز دلـــيل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعةDSM- IV الصادر عـــن الجمعيـــة الأمريكية للطب النفسى APA(١٩٩٤) بـــين مســـتويات أربعـــة للتخلف العقلى وذلك بحسب نسب ذكاء الأطفال هى :

١- الـــتخلف العقلى البسيطmild وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٥٠- ٥٥ إلى حوالى ٧٠ .

٢- الـــتخلف العقلى المتوسطmoderate وتتراوح نسب الذكاء فى هذا المستوى بين ٣٥- ٤٠ إلى حوالى ٥٠- ٥٥

٣- التخلف العقلى الشديدsevere وتتراوح نسب الذكاء فيه بين ٢٠- ٢٥ إلى حوالى ٣٥- ٤٠ تقريباً.

٤- الـــتخلف العقـــلى الشديـــد جـــداً profound وفيه تقل نسبة الذكاء عن ٢٠- ٢٥.

هذا ولا يخفى علينا أن المستوى العادى أو المتوسط للذكاء يتراوح بين ٩٠- ١١٠ علــى مقايــيس الذكاء المختلفة التى يتم استخدامها لهذا الغرض. أما عن مستويات الــتخلف العقلى التى أشرنا إليها للتو فإن المستوى البسيط يضم حوالى ٨٥ % تقريباً مــن أولــئك الأطفال المتخلفين عقلياً والذين يكون من الصعب فى كثير من الأحيان تمييزهم عن الأطفال العاديين حتى وصولهم إلى السن الذى يلتحقون فيه بالمدرسة حيث يــتعلمون بدرجة أكبر من البطء قياساً بأقرانهم العاديين، ومع ذلك تظل لديهم بعض القــدرات الأكاديمــية الــتى تجعل بإمكان الواحد منهم أن يصل إلى مستوى الصف السادس عندما يبلغ بداية الرشد. ومن الناحية التربوية يعد هؤلاء الأطفال من القابلين للــتعلم، كما أن بإمكانهم العمل البسيط أو الخفيف فى المجتمع إذ يمكنهم التعايش مع الآخــرين إذا ما تم تقديم الخدمات المناسبة لهم، وإضافة إلى ذلك فإن بعضهم يمكنه أن يتــزوج وأن ينجب أطفالاً على أثر ذلك. أما الأطفال فى المستوى المتوسط للتخلف العقلى فيمثلون ١٠ % تقريباً من إجمالى عدد الأطفال المتخلفين عقلياً، ويمكن لهؤلاء الأطفــال أن يــتقدموا أكاديمياً مع تقدمهم فى السن وذلك حتى مستوى الصف الثانى الابتدائــى فقــط، وعلــى ذلك فإنهم يصنفون من الناحية التربوية على أنهم قابلون للــتدريب دون التعلــيم. وعــند تقديم البرامج المناسبة لهم فإنهم يبدون فى مراهقتهم مســتوى مناسباً من مهارات رعاية الذات كتناول الطعام، وارتداء الملابس، والذهاب إلى الحمــام على سبيل المثال، كما يكون بإمكانهم أيضاً أداء بعض المهام البسيطة. أما عن قدرتهم على العمل أثناء الرشد فإن بإمكانهم القيام ببعض الأعمال البسيطة التى لا تــتطلب المهــارة وذلك تحت إشراف الراشدين العاديين. وبالنسبة لمستوى التخلف العقلــى الشــديد فإنه يضم حوالى ٣- ٤ % تقريباً من إجمالى عدد المتخلفين عقلياً، وقد يمكن لهؤلاء الأفراد أن يتعلموا الكلام أثناء طفولتهم، كما يمكنهم أيضاً أن يقوموا بتطوير بعض المهارات الأساسية التى تمكنهم من رعاية الذات. بينما يمكنهم فى مرحلة رشدهم القيام ببعض الأعمال والمهام البسيطة التى لا تتطلب المهارة، إلا أن ذلك لا بد أن يــتم تحت إشراف كامل من الراشدين العاديين، وعادة ما يعيش هؤلاء الأفراد مع

أسرهم أو فى مؤسسات خاصة بهم. وإذا ما قلت نسبة الذكاء عن حدود هذا المستوى فإننا بذلك نصل إلى أدنى مستويات التخلف العقلى والذى يعرف بالتخلف العقلى الشديد جداً، وهو ذلك المستوى الذى يضم حوالى ١- ٢ % تقريباً من إجمالى عدد أولئك الأفراد المتخلفين عقلياً. ومع أن مثل هؤلاء الأفراد يمكنهم أن يفهموا بعض المفردات اللغوية البسيطة فإنهم ليس لديهم القدرة الكافية التى تمكنهم من الكلام، وغالباً ما تكون لديهم ظروف عصبية تعد هى المسئولة عن مستوى تخلفهم هذا.

أما عن تلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى إلى التخلف العقلى فإن العلماء قد تمكنوا من تحديد أسباب معينة له وذلك لدى حوالى ٦٠- ٧٠ % تقريباً من أولئك الأطفال الذين يعانون منه. وتتراوح هذه الأسباب بين ما يلى :

١- عوامل وراثية.

٢- اضطرابات أو أمراض تصيب الأم الحامل وتترك أثراً سلبياً على الجنين.

٣- مشكلات تحدث أثناء الولادة.

٤- مشكلات تحدث بعد الولادة وذلك فى أى فترة خلال مرحلة الطفولة.

٥- أسباب أو عوامل مختلطة أى تضم أكثر من سبب واحد من أكثر من نمط واحد من تلك الأسباب السالفة.

وبالرجوع إلى تلك الأسباب المتعددة التى تم تحديدها نرى أنها تنقسم فى الأساس إلى فئتين أساسيتين، ترجع إحداهما إلى العوامل الوراثية، بينما ترجع الأخرى إلى العوامل البيئية وذلك على النحو التالى :

أولاً : العوامل الوراثية :

تتضمن هذه العوامل حالات متعددة منها القصور فى جين معين كما هو الحال فى كروموزوم X الهش fragile X chromosome والذى اعتبره العلماء منذ عام ١٩٩٢

هـــو أكثر تلك الأسباب الوراثية المؤدية للتخلف العقلى شيوعاً حيث يعد مسئولاً عن حـــوالى ١٠ % تقـــريباً من حالات التخلف العقلى إذ يرث هؤلاء الأطفال جيناً به عـــيوب أو قصـــور يـــؤدى إلى تكـــوين بقعـــة ضعيفة فى الكروموزوم الجنسي X chromosome تتعـــرض للانحلال، فتؤدى إلى تلك الحالة لدى البنين بشكل مكثف عن البنات. وإلى جانب ذلك هناك مشكلات وراثية تتعلق بالأيضmetabolism أى عملـــيات الهدم والبناء حيث يرث الطفل جيناً معيناً به عيوب أو قصور مما يجعله غير قـــادر علـــى إفراز الأنزيمات أو البروتينات اللازمة للوظائف الحيوية بالخلية. ويحدد العلماء أكثر من ثلاثمائة اضطراب جيني تتضمن أخطاء وراثية فى عمليات الهدم والبناء، ويمكـــن لغالبيـــتها أن يؤدى إلى التخلف العقلي. ومن هذه الأخطاء الفينيلكيتونوريا phenylketonuria PKU . وهـــناك سبب آخر يعتبر من الأسباب الأكثر شيوعاً هو القصـــور الدرقـــى الوراثى الذى يحدث بنسبة ١ : ٤ آلاف حالة ولادة، وفيه تكون الغـــدة الدرقـــية غير قادرة على إفراز القدر الكافى من هرمون الثيروكسينthyroxine اللازم للقدرة العقلية.

ثانياً : العوامل البيئية :

ويـــبدأ تـــأثير هـــذه العوامل بعد تكوين البويضة الملقحة، ومن بينها تلك العوامل المـــتعددة الـــتى تؤثر على الجنين وهو فى رحم أمه والتى تتضمن سوء التغذية، وإساءة استخدام العقاقير، وتعاطى الكحوليات، والتسمم بالرصاص أو بالزئبق، إضافة إلى تلك الإصـــابات الفيروسية التى يمكن أن تتضمن الحصبة الألمانيةrubella والفيروس المضخم للخلايـــاcytomegalovirus وأمـــراض أخرى كالبول السكري diabetes ومتلازمة أعراض تعرض الجنين للكحولياتfetal alcohol syndrome التى تنتج عن إفراط الأم الحامل فى تعاطى الكحوليات. وهناك مشكلات يتعرض لها الجنين أثناء الولادة يمكن أن تتضمن الولادات المبتسرة، وانخفاض وزن الجنين بدرجة كبيرة، ونقص الأكسجين بشكل جزئى أو كلي، هذا إلى جانب أمراض أخرى خلال مرحلة الطفولة كالحصبة، والـــتهاب الســـحايا، والـــنكاف، وغيرها، إضافة إلى الصدمات الشديدة بالدماغ،

والتعرض للحوادث الشديدة، وتسمم الطفل بالمواد كالرصاص أو الزئبق، وغيرها. أما الأساليب والبرامج والتدخلات العلاجية فهى كثيرة ومتعددة، وسوف نتعرض لها بالتفصيل فى الفصل الثاني.

٢- اضطراب التوحد

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائى عام أو منتشر pervasive developmental disorder تظهر آثاره فى العديد من الجوانب الأخرى للنمو وتنعكس عليها، كما أن مثل هذه الآثار تبدو على هيئة سلوكيات تدل على قصور من جانب الطفل. وتشير باتريشيا هاولين (١٩٩٧) Howlin, P. إلى أن اضطراب التوحد عادة ما يقع ضمن الإعاقات العقلية العامةgeneral intellectual disabilities التى يزداد انتشارها بين البنين قياساً بالبنات إذ تصل النسبة بينهما ٤ : ١ حيث أن ما يزيد عن ٩٠ % تقريباً من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم فى حدود التخلف العقلى البسيط والمتوسط. ومع ذلك فإن متلازمة أسبرجرAsperger`s syndrome والتى تعتبر أحد أنماط اضطراب التوحد لا تصيب سوى الأطفال ذوى الذكاء العادى أو المرتفع فقط، وربما المرتفع جداً، وأنها نادراً جداً ما تصيب طفلاً تقل نسبة ذكائه عن المستوى المتوسط.

ومن الأمور الثابتة التى ترتبط بهذا الاضطراب أن معدل انتشاره يعتبر فى تزايد مطرد وهو الأمر الذى جعلنا نلاحظ حدوث زيادة حقيقية وكبيرة فى انتشاره، وربما ترجع مثل هذه الزيادة فى نسبة انتشاره إلى الفهم الواعى والإدراك الجيد لطبيعة هذا الاضطراب من جانبنا فى الوقت الراهن وذلك على العكس مما كان يسود من قبل وهو الأمر الذى دفع الكثيرين إلى القول بأننا إذا ما عدنا إلى الوراء ربما كثيراً وذلك إلى بداية اكتشافه على يدى ليو كانرKanner, Leo عام ١٩٤٣ ثم إلى بداية ظهوره فى دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الذى يكتب اختصاراًDSM وذلك منذ عام ١٩٨٠ وما بعدها، وكيف كنا ننظر إليه

بدايـــة من اعتباره نمط من فصام الطفولة إلى اعتباره اضطراب فى السلوك، ثم اعتباره أخيراً مع ظهور الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى السابقDSM- IV وذلك فى عام ١٩٩٤ اضـــطراب نمائى عام أو منتشر يؤثر على جوانب النمو الأخرى وفى مقدمتها الجانـــب العقلى المعرفي، وأن آثاره تنعكس بشكل واضح فى سلوكيات الطفل فسوف نجـــد أن الكـــثير جداً من تلك الحالات التى لم يكن يتم تصنيفها على أنها اضطراب تـــوحدى سوف يتغير أمرها إذا ما أعدنا تصنيفها وتشخيصها من جديد إذ سنجد أن نسبة انتشاره كان لا بد لها أن ترتفع منذ ذلك الوقت لولا عدم معرفتنا الكافية بطبيعة ذلـــك الاضطراب مما حدا بنا إلى تشخيص تلك الحالات بشكل خاطئ، أما الآن فإن معـــرفتنا الدقـــيقة بالاضطراب قد جعلت بمقدورنا أن نشخصه بدقة وهو الأمر الذى ساهم فى إبراز نسبة انتشاره الحقيقية فبدت أعلى بكثير مما كانت عليه من قبل وهو ما جعلـــه ثانى أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً، ولا يسبقه سوى التخلف العقلى وذلك وفقاً لنسب انتشار مثل هذه الأنماط من الإعاقات العقليـــة. ويضيف عـــادل عبدالله (٢٠٠٢) أن هـــناك شـــبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين باضطراب التوحد يعتـــبرون هـــذا الاضـــطراب بموجـــبه أو يرونه فى أساسه على أنه اضطراب معرفى واجتماعى فى ذات الوقت.

ومـــن الجدير بالذكر أن حوالى ٢٠- ٣٠ % تقريباً من الأطفال التوحديين يظهر لـــديهم الصرعepilepsy مع بداية مرحلة المراهقة. وعلى الرغم من عدم القدرة حتى الآن علـــى تحديد سبب معين يعد هو المسئول عن اضطراب التوحد فإن هناك بعض الآراء تذهب إلي وجود ارتباط له بإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض كالحصبة الألمانية rubella أو الحصـــبة العاديـــةmeasles أو الـــنكافmumps وهناك من يربطه أيضاً باضـــطراب فى جين معين كما هو الحال بالنسبة للفينيلكيتونوريا phenylketonuria PKU ، وهناك من يربطه كذلك بشذوذ كروموزومى معين مثل كروموزوم X الهش Fragile X chromosome . ومـــع ذلك فإن صورة اضطراب التوحد فى تلك الحالة

تظـــل لانمطـــية atypical ورغـــم كل هذا هناك رأى قوى يذهب إلى ربط مثل هذا الاضـــطراب بالتصلب الدرنى للأنسجةtuberous sclerosis ، وإلى جانب ذلك فإن دراسات التوائم تؤكد أن هناك سبباً جينياً لهذا الاضطراب حيث أنه قد تكرر فى حالة الـــتوائم المتشابهة بنسبة ٩٢ % فى مقابل ١٠ % فقط للتوائم غير المتشابهة، كما أن احتمال ولادة طفل توحدى آخر فى الأسرة التى لديها طفل توحدى واحد لا يتجاوز ٣ % تقـــريباً، ورغم كل ذلك فليس هناك رأى يمكننا أن نتمسك به وندعى أنه هو المسئول الأول أو الأساسى عن ذلك الاضطراب ،

وقـــد حـــاول العلماء كما تشير هوليتر (٢٠٠٢) Hollins تحديد مكون أو سبب جـــينى معـــين يعتـــبر هو المسئول الأول من وجهة نظرهم عن التوحد، ورأوا أنه من المفتـــرض أن تكون هناك عدة جينات تعد فى مجملها هى المسئولة عنه، فحددوا لذلك الكـــروموزومات أرقـــام ٧، ٩، ١٥ ولكـــنهم استبعدوا بعضها بعد ذلك، وشرعوا يبحـــثون عـــن غيرها حيث رأوا أن تلك السلوكيات المرتبطة باضطراب التوحد إنما ترجع فى الأساس إلى عدة جينات مختلفة، وأن تعاطى الأم الحامل للعقاقير المختلفة، أو للكحولـــيات، أو تعرضـــها للأمراض، أو التسمم بالمعادن يتفاعل مع تلك المكونات الجينـــية فيجعلها تؤدى إلى حدوث مثل هذا الاضطراب. وبذلك يتضح جلياً تضارب الآراء حـــول هذه الأمور خاصة وأن هناك رأياً قوياً آخر يذهب إلى أن هناك شيئاً ما خطأ قد وقع بالفعل بين الحمل والولادة وأدى إلى حدوث تغيير فى كيمياء المخ وذلك على الرغم من عدم القدرة على تحديد ذلك الأمر ،

وغـــنى عن البيان أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور واضح فى معدل نموهم المعـــرفي، وفى قدراتهم المعرفية المختلفة ، كما أنهم من جانب آخر يعانون من قصور واضح فى مجالات أخرى تعد بمثابة ثوابت أساسية يمكن أن نعرف هذا الاضطراب من خلالها، كما يمكن أن نعرض لها على النحو التالى :

(١) قصور فى نموهم الاجتماعى :

يتمثل هذا القصور من جانب أولئك الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب فى وجـود صـعوبات ومشـكلات اجتماعـية عديدة من جانبهم فيما يتعلق بالجانب الاجتماعـى عامـة لدرجة تجعله يمثل فى أساسه مشكلة اجتماعية. وتعتبر الصعوبات التى تواجههم فى هذا الجانب كثيرة ومتعددة منها ما يلى :

١- صعوبة إقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة.

٢- قصور الانتباه المشترك من جانبهم.

٣- عدم قدرتهم على التعاطف مع الآخرين.

٤- صعوبة فهم القواعد الاجتماعية من جانبهم.

٥- عجزهم عن الارتباط بالأقران.

٦- عدم قدرتهم على التواصل البصري.

٧- عدم قدرتهم على فهم تعبيرات الوجه.

(٢) قصور فى التواصل مع الآخرين :

يعـانى هؤلاء الأطفال أيضاً من قصور فى التواصل سواء لفظياً أو غير لفظى حيث أن هـناك ٥٠ % مـنهم على الأقل لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وبالتالى لا يكـون بمقدورهم استخدام اللغة فى الحديث أو استخدامها للتواصل، أما النسبة الباقية فإنهـا تعـانى مـن قصور واضح فى نمو اللغة لديهم حيث يتأخر ذلك النمو بشكل ملحوظ، ولا يكون لديهم سوى بعض الكلمات القليلة، ومع ذلك لا يكون بإمكانهم استخدامها فى سياق لغوى صحيح كى تدل على معناها الذى نعرفه نحن، أى أنهم لا يسـتخدمونها بشـكل صحيح، كذلك فهم يعانون من اضطرابات عديدة ومختلفة فى النطق articulation disorders.

ومـــن ناحـــية أخرى فإن لغتهم التعبيريةexpressive language تتسم بالتكرار، والتـــرديد المرضى للكلامecholalia ، والنطق النمطى لتلك الكلمات التى يعرفونها، وعدم القدرة على إجراء محادثات متبادلة مع الآخرين أى عدم القدرة على إقامة حوار أو محادثة معهم، وإبدال الضمائر، كما أن نغمة الصوت وإيقاعه من جانبهم يكونا غير عاديين، هذا بخلاف الاستخدام الشاذ أو غير العادى للإيماءات. ومن ناحية أخرى فإن لغـــتهم الداخليةinternal language أى قدرتهم على التظاهر أو اللعب التخيلى تمثل جانـــباً آخر من جوانب القصور التى يعانون منها. أما قدرتهم على الفهم والاستيعاب مـــن جانـــب آخر فهى محدودة جداً، كما أنهم يكونوا غير قادرين على فهم وإدراك المفاهيم المجردة.

(٣) اهتمامات وميول وسلوكيات مقيدة وتكرارية :

وفيما يتعلق باهتماماتهم وسلوكياتهم المقيدة والتكرارية فهى تتضح فى أمثلة عديدة مـــن بينها أن أنماط لعبهم تكون تكرارية ونمطية، وأنهم يقومون بجمع أشياء معينة غالباً ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم، ويضعونها فى صف. كذلك فمن أهم الأمور التى تميزهم التعلق بأشياء غير عادية والانجذاب إليها، والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة، ومقاومة أى تغير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة حتى وإن كان مثل هذا الـــتغير بسيطاً، والإصرار على التمسك بروتين صارم فى أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة.

وعلى الرغم من أن جميع الأطفال التوحديين يعانون من جوانب القصور تلك التى عرضـــنا لهـــا فـــإن تلك المشكلات التى تصادفهم فى كل منها تتوقف على مستوى ذكـــائهم، كما قد تتوقف على عمرهم الزمنى إلى حد ما حيث أنه مع زيادة مستوى الذكاء، وزيادة العمر الزمنى يزداد احتمال استخدام الطفل للكلمات المختلفة، ودخوله فى تفـــاعلات اجتماعـــية مع الآخرين، والانشغال باهتمامات خاصة، وتجميع الحقائق بـــدلاً مـــن تجميع الأشياء. ومع ذلك يبقى الطفل مع زيادة عمره الزمنى ووصوله إلى

مــرحلة المراهقة وما بعدها معتمداً بشدة على أسرته، وتظل له احتياجاته الخاصة التى تــتطلب العديــد من التواؤمات فى البيئة المحيطة وذلك على العكس من أقرانهم ذوى متلازمة أسبرجر والذين يكون مستوى ذكائهم كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٤) على الأقــل فى المســتوى المتوسط، كما يكون مستوى ذكاء بعضهم الآخر مرتفعاً، وربما يكــون مرتفعاً جداً مع العلم بأن بعضهم يكون موهوباً فى مجال أو أكثر من المجالات المختلفة للموهبة.

وجديــر بالذكــر أن التدخلات المختلفة وخاصة التدخلات الطبية أو الغذائية التى تــتعلق بــتحديد نظام غذائى معين يكون أثرها محدوداً، أما التدخلات الأخرى والتى تكون سلوكية فى الغالب كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) حتى مع استخدام المثيرات البصرية التى تسير وفق الاتجاهات الحديثة فى هذا الصدد وفى مقدمتها جداول النشاط المصــورة فإن نتائجها تتوقف على مستوى ذكاء الطفل وترتبط به فى علاقة إيجابية. ولكن برامج التدخل المبكر early intervention تسهم فى الحد بدرجة كبيرة من تلك المشــكلات المتباينة التى يعانى الطفل منها فتنعكس آثارها على الأسرة أيضاً حيث أن عدم التعامل بفاعلية مع تلك المشكلات يقلب حياة الأسرة رأساً على عقب، ويجعلها لا تطــاق، كما أن النجاح فى التعامل معها من خلال تلك البرامج ييسر التفاعل بين أعضاء الأسرة، ويساعدهم فى التغلب على ما يصادفهم من مشكلات يسببها الطفل.

٣- متلازمة أعراض داون

تعد متلازمة أعراض داون نمطاً أساسياً من أنماط الإعاقة العقلية يشهد درجة معينة مــن القصور العقلى أو القصور فى القدرة العقلية حيث يتراوح مستوى ذكاء الأطفال مــن هذه الزملة أو المتلازمة بين التخلف العقلى البسيط والمتوسط، كما أننا نادراً ما نجــد أطفالاً منهم يقل مستوى ذكائهم عن هذا المستوى. وغنى عن البيان أن لهؤلاء الأطفال كغيرهم من الأطفال حاجاتهم ومتطلباتهم الخاصة، وأنهم نظراً لظروفهم يعدون مــن أكثــر فــئات الإعاقة العقلية التى يمكن أن تستفيد من الدمج نظراً لأن غالبيتهم

يعـــدون من الناحية التربوية من فئة القابلين للتعلم، بخلاف نسبة أخرى منهم تعد من القـــابلين للتدريب. ونظراً لتفاوت قدراهم المختلفة تفاوتاً كبيراً فإن مستوى أو درجة اســـتقلاليتهم أو قدرهم على الأداء الوظيفى المستقل تتفاوت بشكل كبير وهو الأمر الـــذى يفرض علينا عند استخدام أساليب التدخل المختلفة معهم أن نصمم خطة تعلم فـــردية تقوم على مثل هذه القدرات والإمكانات إلى جانب حاجات الطفل التى تميزه عـــن غيره من الأطفال الذين يشبهونه فى إعاقته. ومن ثم فإننا حينئذ نسير وفق المبدأ العـــام المتبع فى التعامل معهم وهو التدخل على أساس فردى وذلك كغيرهم من فئات الإعاقـــة الأخـــرى الـــتى لا تقف عند حدود الإعاقة العقلية فحسب بل تتخطاها إلى الإعاقات الأخرى المختلفة أياً كان نوعها.

وهناك العديد من السمات التى تميز هؤلاء الأطفال وتجعل منهم فئة فريدة بين فئات الإعاقة الأخرى ، كما تجعلهم كذلك بمثابة فئة متفردة، ويمكن تمييزها عنهم بسهولة. وتتضمن مثل هذه السمات ما يلى :

١- جفاف الجلد.

٢- البطء فى ابتلاع الطعام أو حتى السوائل.

٣- ضعف السيطرة على اللسان.

٤- التعرض المستمر لعدوى الصدر أو حتى الأمراض الصدرية.

٥- الالتهاب المستمر للجيوب وخاصة الجيوب الأنفية.

٦- أن حوالى ٤٠ % منهم تقريباً يتعرضون لأمراض القلب والتى تتراوح بين اللغط الخفيف slight murmur إلى الشذوذ الشديد الذى يتطلب الجراحة.

٧- التعرض لمشكلات فى السمع.

٨- مشكلات فى الإبصار.

٩- مشكلات فى الغدة الدرقية أو القصور الدرقي.

١٠- هناك نسبة لا بأس بها من هؤلاء الأطفال قد تكون حياتهم عادية على الرغم من كـــل هذه المشكلات، وقد يعيشون إلى ما بين ٤٠- ٦٠ سنة، وربما أكثر من ذلك.

ومـــن الجديـــر بالذكـــر أن هـــذه المتلازمة ترجع فى الأساس إلى شذوذ أو خطأ كروموزومـــى معـــين لا يعتمد بدرجة كبيرة على الوراثة، وإن كان رغم ذلك يعتمد على وجود تاريخ مرضى لدى أسرة أى من الزوجين، وإلى زيادة عمر الأم الحامل عن خمس وثلاثين عاماً. وترى كيسلنج وسوتيل (٢٠٠٢)Kessling&Sawtell أن مثل هـــذا الخطـــأ أو الشذوذ الكروموزومى يتحدد فى الكروموزوم رقم ٢١ الذى يصبح ثلاثـــياً أى يتضـــمن كروموزوماً زائداً أو إضافياً نتيجة لأن عدد الكروموزومات فى الحـــيوان المـــنوى أو البويضة يكون ٢٤ بدلاً من ٢٣ مما يؤدى بالتالى إلى زيادة عدد الكـــروموزومات فى الخلية ليصبح ٤٧ بدلاً من ٤٦ كما يحدث فى الظروف العادية إذ يكـــون إجمالى عدد الكروموزومات الفردية فى الحيوان المنوى ٢٣ ومثلها فى البويضة، وتتمـــثل فى ٢٢ كروموزوماً فردياً بها جينات ناقلة للسمات، أما الكروموزوم الأخير فـــيكون كـــروموزوماً جنسياً، ويكون دائماًX عند الأنثى أى يكون كذلك فى كل بويضة تفرز شهرياً، بينما يختلف فى مرات القذف عند الذكر بحيث يكون X فى بعض المرات، ويكونY فى بعضها الآخر إذ تكون الحيوانات المنوية فى مرة القذف الواحدة عـــبارة عـــن نسخة واحدة. ونظراً لأن انقسام الخلايا يعد بمثابة نسخ وتكرار للخلية الأصـــلية بكـــل ما فيها من كروموزومات وجينات، فإن كل خلية من خلايا الجسم تصبح بذلك متضمنة لسبع وأربعين كروموزوماً.

ومـــن هـــذا المـــنطلق فـــإن هـــذه المتلازمة أو هذه الحالة تسمى أحياناً بالشذوذ الكروموزومـــى فى الكـــروموزوم رقـــم ٢١ (Trisomy 21) الذى يتضمن ثلاثاً من الكـــروموزومات وهو ما يدل عليه المصطلح الإنجليزى المستخدم حيث تعنىtri ثلاثة، أماsomy فتعنى كروموزومات، وبذلك فإن المصطلح ككل يعنى أن الكروموزوم رقم

٢١ يتضـــمن ثلاثـــة كروموزومات. وتعتبر معظم هذه الحالات نتاجاً لزيادة فى عدد الكـــروموزومات مـــن جانب أى من الوالدين قبل الحمل، أو نتاجاً لخطأ فى انقسام الخلايا وذلك فى المراحل الأولى لتكوين البويضة الملقحة. وتقل احتمالات ولادة طفل آخـــر مـــن هذا النمط حيث لا تتجاوز تلك الاحتمالات ١ % تقريباً. ومع ذلك فهناك حالات أخرى كما أوضحنا من قبل، وكما سنوضح بالتفصيل فى الفصل الرابع لا تتضـــمن مـــثل هذه الزيادة الكروموزومية، بل يكون عدد الكروموزومات فى كل خلـــية طبيعـــياً أى ٤٦ كروموزوماً فقط، ولكن الخطأ فى تلك الحالة يكمن فى انتقال جـــزء مـــن الكـــروموزوم رقم ٢١ أو انتقاله بأكمله إلى كروموزوم آخر قد يكون الكـــروموزوم ١٣ أو ١٤ أو ١٥ أو ٢٢ ولكنه فى الغالب يكون رقم ١٤ وقد يحدث ذلك قبل الحمل، وقد يحدث كذلك بعد الحمل وذلك عندما يتوقف هذا الكروموزوم عن الانقسام وينتقل جزء منه أو ينتقل بأكمله إلى الكروموزوم رقم ١٤ . ويمكن أن يكـــون الـــوالد أباً كان أو أماً حاملاً لذلك كسمة متنحية فينقلها إلى أطفاله لتكون ســـائدة لـــديهم، وأن حوالى ١ % تقريباً من أولئك الأطفال هم الذين يرثون تلك الحالة أى تنتقل إليهم وراثياً وذلك من والدهم الذى يعد حاملاً لمثل هذه السمة. هذا وتـــبلغ احتمالات ولادة طفل آخر من ذلك النمط ١ : ٦ إذا كانت الأم هى الحاملة لتلك الحالة أو الناقلة لها، بينما تبلغ ١ : ٢٠ إذا كان الأب هو الناقل لها أو هو الذى يحملـــها. وإلى جانب ذلك هناك حالة أخرى يجمع الفرد خلالها فى خلاياه بين الخلايا الطبيعية والخلايا الشاذة حيث يكون عدد الكروموزومات فى بعض خلاياه طبيعياً أى ٤٦ كـــروموزوماً، بينما يكون فى بعضها الآخر شاذاً أى ٤٧ كروموزوماً، وعادة ما تـــتكون هـــذه الحالة بعد الحمل حيث تنقسم الخلايا بشكل عادي، بينما يحدث خطأ يـــتعلق بـــذلك فى انقسامات تالية مما يجعل بعض خلايا الجسم عادية وبعضها الآخر شـــاذاً، وتـــتحدد درجـــة الإعاقة لدى الفرد بمقدار ما لديه من خلايا شاذة فى مقابل خلايـــاه الطبيعية، وتعد ولادة طفل آخر فى الأسرة من نفس هذا النمط نادرة للغاية.

ورغم وجود ثلاثة أنماط من متلازمة أعراض داون فإنه لا توجد فروق بين الأطفال من هذه الأنماط جميعاً، ولكن بإمكاننا أن نتعرف على نمط هذه المتلازمة على وجه التحديد من خلال فحص الدم، ورسم بروفيل للكروموزوماتkaryotype .

وإذا كانت مخاطر ولادة طفل من ذوى متلازمة داون تزداد مع زيادة عمر الأم حتى عن ٣٥ عاماً فإن النسبة الأقل من هؤلاء الأطفال يولدون لأمهات تصل أعمارهن إلى مثل هذا السن، وتظل بالتالى النسبة الأكبر منهم يولدون لأمهات تقل أعمارهن عن الثلاثين. وقد يرجع ذلك فى الأساس إلى أن الأم عندما تصل إلى هذا السن الذى تزداد فيه مخاطر التعرض لتلك الإصابة.تكون قد حملت ووضعت كثيراً، وبالتالى فإنها غالباً لا تحمل فى ذلك السن أى تكون قد اكتفت بمرات الحمل والولادة السابقة، ومن ثم تظل المشكلة فى أساسها منحصرة فى النساء الأصغر سناً أى اللائى تقل أعمارهن عن ثلاثين عاماً وخاصة أولئك اللائى يكون لديهن أو لدى أزواجهن تاريخ مرضى أسرى لمثل هذه الحالات. ولذلك فغالباً ما نلجأ إلى الفحوص الطبية اللازمة للأم الحامل فى هذا الإطار وذلك منذ بداية فترة حملها حيث هناك فحوص تصفية يتم التعرف من خلالها علي احتمالات حدوث مثل هذا الخطأ الكروموزومي. وتتراوح تلك الفحوص بين فحوص الدم البسيطة للأم الحامل، وبين الفحوص باستخدام الموجات فوق الصوتية. وتعد النتائج التى يتم التوصل إليها باستخدام مثل هذه الفحوص الأخيرة على وجه التحديد نتائج مؤكدة بدرجة قد تزيد عن ٩٩ % تقريباً وهو الأمر الذى يجعلها دقيقة للغاية.

وتشير سارة روتر (٢٠٠٢) .Rutter,S إلى أن متلازمة أعراض داون تعد مسئولة عن حوالى ١٥- ٢٠ % تقريباً من نسبة الإصابة بالإعاقات العقلية. ومن المعروف أن الطبيب الإنجليزى جون لانجدون داونJohn Langdon Down هو الذى اكتشف هذه المتلازمة عام ١٨٦٦ ، وأن عالم الوراثة والجينات الفرنسى البروفسير جيروم ليجونJerome Lejeune هو الذى اكتشف عام ١٩٥٩ أنها ترجع إلى الشذوذ

الكروموزومـــى فى الكروموزوم رقم ٢١ وأطلق على الحالة trisomy 21 وذلك لدى ٩٤- ٩٥ % تقـــريباً من هؤلاء الأطفال، وبعدها تم اكتشاف نمطين آخرين من تلك المتلازمة هما الانتقال الخاطئ للكروموزوم رقم ٢١ إلى كروموزوم آخر translocation trisomy 21 ويحـــدث لدى ٤ % تقريباً من أولئك الأطفال، أما النوع الأخير فهو النمط الفسيفسائى أو ما يعرف بتضاعف تركيب الخلايا mosaic ويحدث هذا النمط لدى حوالى ١- ٢ % تقريباً من هؤلاء الأطفال. ومن هنا فإن متلازمة أعراض داون لا تعود إلى الوراثة لدى الغالبية العظمى من تلك الحالات التى تتعرض لها من الأطفال in the vast majority of cases Down`s syndrome is not hereditary بـــل تعود إلى عوامل أخرى غير معروفة حتى وقتنا الراهن تؤدى إلى حدوث شذوذ كروموزومى لدى أحد الوالدين أو إلى شذوذ فى انقسام الخلايا ينتج عنها وجود كروموزوم زائد أو إضافى مع الكروموزوم رقم ٢١ والذى يتمثل مصدره فى الأب أو الأم على حد سواء دون أى فروق تظهر على الطفل، إلا أن الأكثر شيوعاً أنه يأتى من الأم وخاصة عندما يصل عمرها إلى ٣٥ عاماً أو يزيد، ومع ذلك فلا يزال سبب هذا الأمر غير معروف أيضاً حتى الآن إذ أنه من الأكثر غرابة كما أوضحنا من قبل، وكما سنوضح بالتفصيل فى الفصـــل الـــرابع أن النســـبة الأكبر من هؤلاء الأطفال تتم ولادهم لأمهات تقل أعمـــارهن عـــن ثلاثين عاماً، كما أن تلك الحالات التى تعود إلى الوراثة من بينهم لا تـــتجاوز ١ % تقريباً، وتكون جميعها من النمط الثانى translocation حيث يكون أحد الوالدين حاملاً لتلك السمة ويرثها الطفل عنه علماً بأن هذا النمط ككل لا يمثل ســـوى ٤ % تقـــريباً من ذوى هذه المتلازمة أى أن ربعهم فقط هم الذين يتأثرون بالـــوراثة. والحقيقة المؤكدة حتى الآن أن حدوث مثل هذه المتلازمة لا يرتبط بأشياء معيـــنة أو ممارسات معينة أو حتى ممارسات جنسية معينة قبل أو أثناء الحمل، كما أنه يحدث فى كل الطبقات الاجتماعية، ومن كل الأجناس، وفى كل الثقافات دون تمييز، وفى كل الأقطار.

وممـــا لا شـــك فيه أن الطفل من ذوى متلازمة أعراض داون يمكن التعرف عليه بســـهولة بعد ميلاده نظراً لوجود سمات معينة تميزه عن غيره سنعرض لها بالتفصيل فى حيـــنه، كما أنه يتعرض أيضاً لمشكلات عديدة فى القلب، والسمع، والإبصار، والغدة الدرقية، والجهاز المناعي، ومشكلات أخرى تتعلق بالجهاز التنفسى سنعرض لها جميعاً فى ذات الفصل. ونظراً لأن العديد من تلك المشكلات يمكن علاجها طبياً فإن الحالة الصحية للطفل يمكن أن تتحسن بشكل جيد، ولكن يجب أن يكون هناك كشف طبى دورى علـــى الطفل حتى تظل حالته الصحية على هذا النحو من التحسن وهو الأمر الـــذى نلاحظه فى الآونة الأخيرة مما ساهم فى أن يعيش بعضهم حتى بعد سن الأربعين وربمـــا الســـتين. كذلك يمكن اللجوء إلى أنماط أخرى من التدخل يمكننا أن نساعد الطفل على أثرها على ممارسة حياته بشكل شبه عادي، وعلى أن يتعايش مع الآخرين، وأن يـــندمج معهـــم علمـــاً بأن نتائج مثل هذه التدخلات تزداد إيجابية كلما بادرنا باستخدام برامج التدخل المبكر المختلفة.

الإعاقة العقلية المزدوجة

تعتـــبر الإعاقـــة العقلية المزدوجة بمثابة حالات متعددة ومتنوعة من الإعاقة التى يتم خلالها الجمع بين أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة العقلية، وتعرف مثل هذه الحالة مـــن الإعاقـــة بالإعاقة العقلية- العقلية أى التى تجمع فى طرفيها بين الإعاقات العقلية، ويعـــد أكثـــر تلـــك الإعاقات شيوعاً ما يجمع بين اضطراب التوحد من ناحية وبين التخلف العقلى أو متلازمة أعراض داون من ناحية أخرى وهو ما نتناوله بالتفصيل فى الفصـــل الأخير من الكتاب. ومن ناحية أخرى فقد يتمثل أحد طرفى الإعاقة العقلية المـــزدوجة فى أحد الأنماط الثلاثة التى تمثل الإعاقة العقلية سواء كانت تلك الإعاقة هى الـــتخلف العقلـــي، أو اضـــطراب التوحد، أو متلازمة أعراض داون، بينما قد يتمثل الطرف الثانى من تلك الإعاقة فى أحد الاضطرابات النمائية المعروفة، أو فى أى نمط من الأنمـــاط الـــثلاثة الأساسية الممثلة للإعاقة الجسمية والتى تتمثل فى إعاقة أحد أعضاء الجســـم، والأمراض المزمنة، وإصابات الدماغ إلى جانب ما يمكن أن يضمه كل نمط

أساسـى مـنها مـن أنماط فرعية مختلفة. كما يمكن أن يتمثل هذا الطرف الآخر من الإعاقـة العقلـية المـزدوجة فى أى إعاقة حسية أخرى كالإعاقة البصرية أو الإعاقة السمعية أو أى إعاقة حسية أخرى. وعلى هذا الأساس فإن الإعاقة العقلية فى أى نمط من أنماطها يمكن أن تصاحبها إحدى الإعاقات التالية حتى تكون إعاقة مزدوجة، وهذه الإعاقات هي:

١- الإعاقات العقلية.

٢- الإعاقات الجسمية.

٣- الإعاقات الحسية.

٤- الإعاقات أو الاضطرابات النمائية.

ومـا يهمـنا فى هذا المقام هو الإعاقة العقلية- العقلية أى التى تجمع فى طرفيها بين نمطـين مـن أنماط الإعاقة العقلية حيث يدور موضوع الكتاب الحالى حول مثل هذا الـنوع مـن الإعاقات، بينما سنتناول فى مواضع أخرى تلك الإعاقات المزدوجة التى تجمع بين الإعاقة العقلية من ناحية وبين واحد أو أكثر من أنماط الإعاقات الأخرى التى عرضـنا لها من قبل. وعلى هذا الأساس فسوف نكتفى هنا بتناول اضطراب التوحد مع كل من التخلف العقلى من ناحية، ومتلازمة أعراض داون من ناحية أخرى، بينما سـنتناول فى مواضـع أخـرى تلك الإعاقات المزدوجة العقلية الحسية مثل اضطراب الـتوحد والإعاقـة البصرية، واضطراب التوحد والإعاقة السمعية، ثم التخلف العقلى والإعاقـة البصرية، والتخلف العقلى والإعاقة السمعية. كما يمكن من ناحية أخرى أن نتـناول التلازم المرضى بين أى نمط من أنماط الإعاقة العقلية وبين أى نمط أو حتى نمط فرعـى مـن أنماط الإعاقة الجسمية، إضافة إلى إمكانية تناول أنماط الإعاقة العقلية مع أنماط الإعاقات أو الاضطرابات النمائية المختلفة. ومن هذا المنطلق يتضح وجود أنماط أساسـية من هذه الإعاقات إلى جانب العديد من الأنماط الفرعية التى تتفرع عن مثل هذه الأنماط الأساسية التى يمكن أن تتمثل بصفة رئيسية فيما يلى :

١- التخلف العقلى والإعاقات الأخرى أو الإضافية، mental retardation and other (additional) disabilities

٢- اضطراب التوحد autism والإعاقات الأخرى أو الإضافية،

٣- متلازمة أعراض داون Down`s syndrome والإعاقات الأخرى أو الإضافية،

هذا فيما يتعلق بالأنماط الأساسية من الإعاقات العقلية المزدوجة، أما الأنماط الفرعية الـتى تتفـرع منها وتنتمى إلى كل منها فيمكن أن تضم أى نمط من الأنماط الأربعة للإعاقـات التى عرضنا لها من قبل، وبالتالى فإن كل نمط من أنماط الإعاقة العقلية مع كل نمط آخر من أنماط الإعاقات الأخرى يمكن أن يمثل فئة مميزة وفريدة حيث تختلف كـثيراً عـن غيرها من الفئات الفرعية المختلفة التى تنشأ عن تلازم أى نمط من أنماط الإعاقـة العقلية وأى نمط من أنماط الإعاقات الأخرى، وسوف نجد أن كل فئة فرعية مـن تلك الفئات تمثل فى جوهرها فئة غير متجانسة من الأفراد استناداً إلى العديد من المتغيرات ذات الصلة، وإذا ما وضعنا ذلك فى اعتبارنا فسوف نجد أن الفئات الأساسية الثلاث السابقة تمثل فى الأصل فئات غير متجانسة وذلك للأسباب التالية :

١- أن كلاً منها تضم عدداً كبيراً من الفئات الفرعية،

٢- أن كـل فئة فرعية متضمنة تتأثر بمجموعة كبيرة من المتغيرات المختلفة التى يتباين تأثيرها بدرجة كبيرة بين أعضائها،

٣- أن كـل فئة فرعية تتأثر بمجموعة من المتغيرات قد تختلف عن غيرها من الفئات الفرعية العديدة الأخرى،

٤- أن كل فئة فرعية بناء على ذلك تمثل فى حد ذاتها فئة غير متجانسة من الأفراد،

٥- أن كل عضو بكل فئة فرعية من هذه الفئات يمثل حالة فردية فريدة،

ومـن هذا المنطلق تتباين أساليب الرعاية بما تضمه وتتضمنه من عدد من المحاور ذات الصلة من بينها ما يلى :

١- استراتيجيات.

٢- أساليب تدخل.

٣- برامج إرشادية، أو تدريبية، أو علاجية .

٤- بـــرامج أخرى تتمركز حول الطفل، أو تتمركز حول الأسرة، أو برامج مجتمعية مختلفة.

٥- الاستفادة من مصادر المجتمع فى تصميم وتنفيذ الخطط التربوية الفردية التى تختلف من طفل إلى آخر.

أساليب الرعاية

تـــتعدد أساليب الرعاية واستراتيجيات التدخل التى يمكن اللجوء إليها فى مثل هذه الحالـــة وتتـــنوع بشـــكل كبير لدرجة أنها تختلف حتى من حالة إلى أخرى. وسوف نعرض هنا لبعض هذه الاستراتيجيات فقط أو أكثرها استخداماً، وسنعرض عند تناول كل إعاقة فى فصل مستقل لما يمكن أن نستخدمه معها من استراتيجيات متنوعة.

(١) الاكتشاف المبكر للحالة :

يمـــثل الاكتشـــاف المبكر للحالة أساساً هاماً فى نجاح ما يقدم لها من تدخلات، وتحقيق أهدافها وهو الأمر الذى يؤدى إلى حدوث تحسن من جانب الحالة. ويتوقف ذلـــك على ملاحظة المؤشرات والدلائل الأولية من جانب الطفل التى تعكس معاناته. وتتمـــثل مـــثل هـــذه الـــدلائل فى المقام الأول فى تلك المحكات التى يعرضها الدليل التشخيصـــى الـــذى يعـــرف بدلـــيل التصـــنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضـــطرابات النفســـية والعقلـــية فى طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤)APA الخاصة بكل منها.

هذا وسوف نعرض فى الفصول الثانى والثالث والرابع للعديد من المؤشرات الأخرى الدالـــة علـــى ذلك حيث أننا قد اكتفينا هنا بمجرد الإشارة إلى مصدر هذه المؤشرات

فقط وهو الأمر الذى يسهم فى التشخيص المبكر لتلك الحالات حتى يتم الالتفات إليها فى وقت مبكر وعلاجها على الفور كى لا تتفاقم ويزداد الأمر سوءاً.

(٢) الخدمات الاجتماعية :

تتنوع تلك الخدمات الاجتماعية التى يمكن تقديمها لمثل هؤلاء الأفراد حتى يتمكنوا من الاندماج مع الآخرين ومشاركتهم ما يقومون به من أنشطة مختلفة. ومن هذه الخدمات ما يلى :

١- التدريب على التواصل ؛ وهناك أساليب مختلفة بالنسبة لكل فئة من هذه الفئات سوف نعرض لها بالتفصيل فى الفصول الثانى والثالث والرابع.

٢- التدريب على السلوك الاستقلالى من خلال تنمية وتطوير مهارات الحياة اليومية لهؤلاء الأطفال وذلك بعد تعليمها لمن لا يجيدها، وتدريبهم عليها.

٣- التدريب على استخدام الكمبيوتر وغيره من الوسائل والأجهزة التكنولوجية الحديثة التى يتم استخدامها من جانبهم.

٤- الإحالة إلى المستشفى أو العيادات الخاصة وذلك لتلك الحالات التى تتطلب رعاية طبية خاصة لأى أسباب كانت.

٥- تقديم المساندة الاجتماعية لأسر هؤلاء الأطفال بما يمكّنهم من تقديم الرعاية لهم.

(٣) التدخل المبكر :

يعد التدخل المبكر للأطفال ذوى الإعاقات العقلية على درجة كبيرة من الأهمية حيث يعود بالفائدة على الطفل ويساعده دون شك فى تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين المحيطين به، كما يساعده على التفاعل معهم. ويجب أن نعمل على تحقيق أهداف معينة خلال البرنامج بما يضمن اشتراك الطفل فى العديد من الأنشطة المختلفة، من أهمها ما يلى :

١- التشـــخيص المبكر لهؤلاء الأطفال، والتعرف عليهم، وتحديدهم من خلال اللجوء إلى تقييم شامل لهم ٠

٢- تـــزويد الأسرة بما يجب أن تقدمه للطفل، ومساعدتها فى تنفيذ خطة معينة فى هذا الصدد، والاشتراك معها فى تحديد الأنشطة المناسبة٠

٣- إعـــداد المعلمين المؤهلين للتعامل مع هؤلاء الأطفال ومساعدتهم على تحقيق معدل معقول من النمو٠

٤- تحقـــيق التكامل بين الأسرة والمدرسة أو المعلم فى هذا الإطار، والسير معاً وفقاً لخطة محددة فى سبيل تحقيق مصلحة الطفل٠

ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من برامج التدخل المبكر يمكن أن يندرج كـــل بـــرنامج تحت أحدها، كما يمكن أن نجمع بين أكثر من نوع من هذه الأنواع الثلاثة فى إطار برنامج واحد، وتتمثل تلك الأنواع فيما يلى :

١- برامج تتركز حول الطفل٠

٢- برامج تتركز حول الأسرة٠

٣- برامج تدخل مجتمعية٠

وإلى جانب ذلك فإن مثل هذه البرامج تغطى عدداً من المجالات كما يلى :

أ - مجال تقييم حاجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة٠

ب- مجال إشباع حاجات أولئك الأطفال٠

جـ- مجال رعاية نمو الأطفال المعوقين٠

د - مجال رعاية أسر الأطفال المعوقين٠

هـ - مجال نمو الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة٠

و - مجال تقييم وإشباع حاجات الأطفال المعرضين لمخاطر الإعاقة٠

ز - مجال رعاية أسر الأطفال المعرضين للاضطرابات النمائية٠

ويتطلب التدخل المبكر أن يتم إجراء تقييم شامل للطفل يتم من خلاله التعرف على اهتماماته، وما يميل إليه، ويفضله، كما يتم أيضاً التعرف على قدراته العقلية، وقدرته على التواصل، وتقييم الوسائل التعليمية المستخدمة، وتحديد حاجات الطفل. ويتم بناء على ذلك تحديد استراتيجيات التعلم المناسبة، وتحديد الخطة التربوية الفردية لكل طفل، واستراتيجيات التواصل، والأنشطة والألعاب اللازمة للتفاعل. كذلك فإن التدخل المبكر يتضمن مجموعة من الإجراءات الهادفة التى تعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة فلا تتحول بالتالى إلى عجز دائم، كما تعمل على توفير الرعاية المطلوبة، والخدمات العلاجية اللازمة التى تساعد الطفل على النمو والتعلم حال استفادته منها. وحتى تأتى مثل هذه العملية بثمارها المرجوة ينبغى أن تتضمن عدداً من العناصر كما يلى :

١- أن تبدأ بعملية تقييم للأسرة والظروف الأسرية المختلفة.

٢- دراسة الخصائص المختلفة للبيئة الأسرية للطفل وما يمكن أن تتيحه من فرص متنوعة للنمو أمامه.

٣- التعرف على العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الطفل ووالديه.

٤- دراسة الوضع الاجتماعى الاقتصادى للأسرة وما يمكن أن يكون له من انعكاسات على تعلمه، وما يسهم به فى ذلك.

٥- التعرف على المستوى التعليمى والثقافى للأسرة.

٦- التعرف على تلك الضغوط الناتجة عن الإعاقة وتحديدها والتعامل معها.

٧- التعرف على ردود أفعال الأسرة تجاه مثل هذه الضغوط.

٨- تحديد مستوى الكفاءة الوالدية فى التعامل مع مختلف الضغوط التى تواجههم، ومن بينها الضغوط الناتجة عن الإعاقة.

ومما لا شك فيه أن الإعاقة المبكرة أى التى تصيب الطفل فى وقت مبكر من حياته يكون لها أثرها السلبى السيئ على قدرته على التعلم حيث تفقده الكثير من الفرص

الـتى يمكن أن يتعلم منها، وتفقده العديد من المهارات . كذلك فإن تلك الإعاقة قد تفقـده الفرصـة لتعلم اللغة كما فى حالة اضطراب التوحد علماً بأنها تعد هى وسيلة الاتصال والتواصل الأساسية، ولذلك يصبح من الضرورى بالنسبة له أن يتعلم أساليب بديلة للتواصل مع الآخرين. وإذا كان الأمر كذلك فإن التدخل المبكر يحد من قدر لا بـأس بـه من تلك الآثار السلبية التى تترتب على الإعاقة، وبالتالى يعد أمراً فى غاية الأهمـية حـيث يسـاعد الطفل فى اكتساب العديد من المهارات، كما يساعده على اكتسـاب السـلوك الاستقلالى وهو الأمر الذى يعد مثل هذا الطفل فى حاجة ماسة إليـه.

وينبغـى أن تركز برامج التدخل المبكر التى يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال على تنمية وتطويـر مهاراتهم المختلفة كالمهارات الاجتماعية على سبيل المثال، ومهارات الحياة اليومـية كـى نساعدهم على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، وعلى أن يأتوا بالسـلوكيات الاسـتقلالية. بينما ينبغى أن تركز تلك البرامج التى يتم توجيهها إلى أولئك الأطفال ذوى الإعاقة العقلية المزدوجة على حاجاتهم للتواصل أولاً، كما تسهم فى مساعدة والديهم على تقبل ذلك الأمر والتكيف معه.

وبـذلك نلاحظ أن برامج التدخل المبكر التى تكون موجهة نحو الطفل تهدف إلى تحقـيق أحـد هـدفين يتمثل أولهما فى التواصل، فى حين يتمثل الثانى فى التعلم. أما الـبرامج الأخرى التى تكون موجهة نحو الوالدين والأسرة فتهدف إلى تعليم الوالدين وأعضـاء الأسرة كيفية التغلب على تلك الصعاب والمشاكل التى يمكن أن تحول دون تحقيق أطفالهم للتواصل أو التعلم، وهو الأمر الذى تنطوى عليه البرامج المجتمعية أيضاً، ولكـن يزاد عليه فى تلك الحالة العمل على دمج هؤلاء الأطفال مع غيرهم سواء من المعوقين أو العاديين.

(٤) الوسائل والخدمات التكنولوجية المساعدة :

تعنى الوسائل التكنولوجية المساعدة assistive technology devices أى عنصر أو جهـاز أو نظام يتم استخدامه بما هو عليه أو بعد تعديله وذلك فى سبيل الحفاظ على

القـــدرات الوظيفية للطفل المعوق، أو تحسينها، أو زيادتها. أما الخدمات التكنولوجية المســـاعدة فتعنى أى خدمة يتم تقديمها للطفل المعوق كى تساعدنا نحن بشكل مباشر على اختيار الوسيلة التكنولوجية المساعدة اللازمة للطفل التى تعد هى الأكثر فائدة له، وتســـاعده هـــو فى ذات الوقت على استخدام مثل هذه الوسيلة بما يعمل على تحقيق الهدف منها. ويتضمن ذلك ما يلى :

١- تقييم احتياجات الطفل بما فيها تقييم أدائه الوظيفى فى البيئة المحيطة.

٢- شراء الوسائل التكنولوجية اللازمة للطفل، أو تقديم تسهيلات معينة كالإعفاءات الجمركية لتلك الأجهزة، أو توفيرها لهم بأسعار مخفضة.

٣- اختـــيار، وتصميم، وإصلاح، واستبدال مثل هذه الوسائل التكنولوجية بما يعمل على توفيرها لهم.

٤- اســـتخدام تدخلات وخدمات وأساليب أخرى إلى جانب تلك الوسائل كبرامج التأهيل والتدريب وخلافها مما يسهم فى تحقيق الاستفادة القصوى منها.

٥- تـــدريب وتأهـــيل وتـــوفير المعلمين اللازمين الذين يمكنهم مساعدة الطفل على الاستفادة من تلك الوسائل.

٦- تـــدريب أسرة الطفل المعوق على مساعدته كى يستخدم تلك الوسائل ويستفيد منها أيضاً.

وهـــناك العديد من الأجهزة التكنولوجية الحديثة التى تعد بمثابة أجهزة تعويضية أو مســـاعدة يمكـــن أن تسهم بدرجة كبيرة فى مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق تلك الأهـــداف من البرامج المستخدمة، والتى تتمثل غالبيتها كما أسلفنا فى تحقيق التواصل والـــتعلم. وفى هـــذا الإطار هناك أجهزة الكمبيوتر العادي، والتليفزيون، والفيديو، والمســـجلات أو أجهـــزة التسجيل، وأجهزة العرض المختلفة، والمجسمات. كما يمكن اســـتخدام العروض البصرية، والكمبيوتر الناطق خاصة مع الأطفال التوحديين وهو ما

نلاحظ من خلاله أن غالبية تلك الأساليب الحديثة يتم استخدامها بغرض تقديم مثيرات بصرية متنوعة سواء كانت الصور المقدمة ثابتة أو متحركة، ويمكن عند القيام بالمهام والأنشطة المختلفة حتى عند استخدام مثل هذه الوسائل أو الخدمات أن نقوم بعدد من الخطوات على النحو التالى :

١- تقسيم أو تحليل المهمة الكبيرة إلى عدد من المهام الأصغر حتى يمكن تناول كل منها.

٢- إعداد قائمة بما يجب على الطفل أن يقوم به.

٣- تحديد تعليمات أساسية، ومحاولة تعليمها للطفل، وتدريبه على الالتزام بها.

٤- تقديم عروض بصرية مبسطة كنماذج لما يجب عليه أن يقوم به.

٥- السماح للطفل بالحصول على فترات راحة قصيرة أثناء قيامه بأداء المهمة المستهدفة.

٦- اللجوء إلى التكرار كلما كان ذلك ضرورياً.

٧- توفير وقت إضافى حتى يتعلم الطفل المهمة جيداً، ويتدرب على أدائها بشكل مناسب.

(٥) التواصل :

تختلف أساليب التواصل وتتعدد، بل وتتنوع باختلاف الإعاقة العقلية، فبالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً هناك أساليب للتواصل خاصة بهم، تميزهم عن غيرهم كما سنوضح فى الفصل الثانى وإن اتفقت فى جوانب منها مع ما يتم تقديمه لأولئك الأطفال ذوى متلازمة أعراض داون، أما الأطفال التوحديين فلهم أيضاً أساليبهم المميزة فى التواصل، وهو ما سنلقى الضوء عليه فى الفصل الثالث، ومع ذلك فهم يتفقون فى جانب منها حتى وإن لم يكن كبيراً مع أقرانهم المتخلفين عقلياً، وكذلك الحال بالنسبة للأطفال ذوى الإعاقة العقلية المزدوجة (العقلية- العقلية) حيث تختلف

تلـــك الأســـاليب وفقاً لعدد غير قليل من المتغيرات كما سنبين فى الفصل الخامس إذ يـــتوقف الأمر فى المقام الأول على درجة الإعاقة العقلية وشدتها أو حدتها ونوعها حتى يمكننا أن نحدد أهم الأساليب المستخدمة . ومن ثم يتم الاهتمام فى المقام الأول بما تبقى لديهم من قدرات حتى يصير بإمكانهم أن يقوموا بالأنشطة المختلفة للحياة اليومية، وأن يتحســـن ســـلوكهم التكيفي، وأن يؤدوا المهام والأنشطة المختلفة بدرجة معقولة من الاستقلالية، وأن يتفاعلوا مع الآخرين .

(٦) العلاج الوظيفى :

يعتـــبر العلاج الوظيفيoccupational therapy من التدخلات الرئيسية التى يجب الاهـــتمام بهـــا وتقديمها للأطفال ذوى الإعاقة العقلية بمختلف أنماطها سواء تمثلت فى الـــتخلف العقلـــي، أو اضـــطراب التوحد، أو متلازمة داون، أو كانت إعاقة عقلية مزدوجة تتضمن أحد أنماط الإعاقة العقلية مع أحد الإعاقات الأخرى سواء النمائية أو العقلية أو الحسية أو الجسمية .

ويعد هذا النمط من الأنماط العلاجية بمثابة خدمة تقدم لهم فى سبيل مساعدتهم على أن يأتوا بالسلوكيات الاستقلالية مما يجعلهم أكثر اعتماداً على أنفسهم . وحتى يتحقق ذلـــك يـــتم تقييم الحالة أولاً تقييماً دقيقاً كى يتحدد الأسلوب الأمثل للتدخل، ويتم اختيار تلك الأجهزة التى يمكن اللجوء إليها، وعمل التواؤمات اللازمة فى البيئة المحيطة أو البيـــئة المترلـــية على وجه التحديد بما يمكن أن يساعدها على تحقيق الاستقلالية فى الســـلوك . وعلـــى هـــذا الأساس فإن العلاج الوظيفى يمكن أن يمثل جانباً من تأهيل rehabilitation ذوى الإعاقـــة العقلـــية على وجه العموم، مثلهم فى ذلك كأقرانهم المكفوفين أو الصم المكفوفين وهو الأمر الذى يساعد كثيراً فى تحسين أوضاعهم حيث إن ذلـــك مـــن شأنه أن يساعدهم على تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين المحـــيطين بهم، ومن ثم إقامة العديد من العلاقات معهم وهو ما يمثل الأساس فى سبيل إخراجهم من عزلتهم .

(٧) استخدام التكنولوجيا الحديثة :

يمكـــن أن يفـــيد الكمبيوتر كثيراً فى مجالات الإعاقة العقلية كغيرها من الإعاقات الأخرى حيث يستخدم الكمبيوتر العادى مع الأطفال المتخلفين عقلياً، ومع أقرانهم من ذوى متلازمة داون، ويمكن استخدام الكمبيوتر العادى أو الناطق للأطفال التوحديين، كمـــا تســـتخدم العروض البصرية أيضاً فى إطار تلك البرامج الخاصة بهم وهو ما يمثل اتجاهـــاً حديـــثاً فى هذا المضمار. ومن ثم يدخل الكمبيوتر فى هذا الصدد فى إطار ما يعـــرف بالوسائل التكنولوجية المساعدة. وعند استخدام مثل هذه الوسائل فإننا يجب أن نـــتعامل مع الوضع الراهن للفرد، وكيف يمكننا أن نستخدم تلك الوسائل معه فى سبيل مساعدته على تحقيق تلك الأهداف التى يتم تحديدها فى هذا الإطار.

وغـــنى عن البيان أن استخدام مثل هذه الوسائل لا يخلص الفرد من إعاقته العقلية حـــيث أن تلك الإعاقة موجودة قبل استخدام هذه الوسائل وبعده، إلا أن استخدامها يعمـــل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة أى يساعد الفرد فى التغلب على كثير من المشـــكلات أو الصعوبات التى تترتب عليها. وبالتالى فإن مثل هذه الوسائل يمكن أن تساعده بدرجة كبيرة فى الاندماج مع الآخرين من خلال مساعدته على تحقيق التفاعل الجـــيد معهم، ثم تمكنه بعد ذلك من تحقيق قدر مناسب من التواصل معهم سواء كان التواصل تعبيرياً أو استقبالياً.

(٨) الإرشاد الأسرى :

يعـــد إرشاد أسر الأطفال المعوقين عقلياً من الأمور الهامة فى هذا الإطار حيث من المـــؤكد أن الأســـرة هى التى تضطلع بالمسئولية الأكبر فى سبيل رعاية الطفل وتأهيله، ومســـاعدته علـــى الاندماج مع الآخرين. ونظراً لأن الاتجاهات الأسرية نحو الطفل المعوق تختلف وتتباين مع مرور الوقت بين رفض للوضع القائم، أو رفض لوضع الطفل أى لإعاقـــته، أو تقـــبل الطفل ورفض أن يراه أحد، أو رفض للطفل ذاته، فإن تلك الاتجاهـــات تعد بمثابة أمور تحتاج إلى الإرشاد. كذلك فإنه لا يمكن أن نحقق أى تقدم

مع الطفل فى تلك البرامج التى يتم تقديمها له دون أن تكون الأسرة شريكاً أساسياً فى مثل هذه البرامج وهو الأمر الذى يتطلب أن يتم إشراك الأسرة فى تلك البرامج التى يتم تقـديمها للطفـل حـتى تستمر فى تدريبه على القيام بما تتضمنه من عناصر فى المنزل، وبالـتالى يمكـنها من هذا المنطلق أن تكمل ذلك الدور الذى تضطلع به المدرسة أو الأخصـائى وهـو الأمر الذى يوفر فرصة أمام الطفل تمكنه من التدريب على المهام والأنشـطة المختلفة وقتاً طويلاً يشبه تلك الطريقة أو ذلك الأسلوب الذى اتبعه لوفاز Lovaas مـع الأطفال التوحديين والذى لا يزال يعرف باسمه حتى الآن، ويقوم على تدريب الطفل بشكل مكثف يصل إلى أربعين ساعة أسبوعياً مما يمكنه من تعلم المهمة المقدمـة لـه فى الوقت المحدد، ومن ثم يتم تعليم الأسرة فى سبيل القيام بذلك كيفية مسـاعدة الطفل على تعلم المهارات، والمهام، والأنشطة المطلوبة والتدريب عليها حتى يتمكن من القيام بها بشكل مقبول ومستقل.

ومـن الأمـور ذات الأهمـية فى هذا الصدد ما يعرف بالإرشاد الجينى أو الوراثي genetic وهـو الأمـر الذى يتعلق بإرشاد أعضاء الأسرة جميعاً أو ما يعرف بشجرة العائلـة وذلك عند اكتشاف حالة متكررة من الإعاقة التى ترجع إلى أسباب جينية أو وراثـية مما يستدعى توضيحها لهم بشكل دقيق وصريح حتى يأخذوا قرارهم المناسب مـن وجهة نظرهم سواء بالإنجاب أو بعدم الإنجاب وخاصة إذا ما تم اكتشاف جين متـنح بين بعض أعضاء تلك الأسرة الأكبر أو الأقارب مما قد يؤخر ظهور تأثيره لدى بعضـهم، وهو ما لا يعنى مطلقاً استبعاده لدى بعضهم دون بعضهم الآخر. كما أن هـناك أيضـاً إمدادهم بالمعلومات عن الأمراض الوراثية المنتشرة، وكيفية تفاديها أو الوقاية منها، وكلها أمور لها أهميتها فى هذا الإطار.

• • •

المراجـــع

١- عـــادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات، القاهرة، دار الرشاد.

٢- عـــادل عـــبدالله محمـــد(٢٠٠٢)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة، دار الرشاد.

٣- عـــادل عـــبدالله محمد (١٩٩٩)؛ السلوك التكيفى كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً، مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، ع ٣٩، ص ٣٣ - ٥٨.

4.American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV, Washington, DC: author.

5.Autism Society of America (1999);What is autism?USA, Bethesda,MD.

6.Hollins, Sheila (2002); Controversial issues in autism : The measles, mumps, and rubella(MMR)vaccine.London: Medical Research Council.

7.Howlin, Patricia (1997); Treating children with autism and Asperger syndrome: A guide for carers and professionals. Chichester,Wiley.

8.Kendall, Philip C.(2000);Childhood Disorders. UK,East Sussex, Psychology Press Ltd, Publishers.

9.Kessling, Anna & Sawtell, Mary (2002); The genetics of Down's syndrome. London: Oxford University Press.

10. National Alliance for Autism Research (NAAR)(2003);NAAR autism poll show Americans want more action on autism. Washington,DC: NA AR, January 21.

11.Rutter, Sarah (2002); Down's syndrome. London: Souvenir Press.

12.Williams, Christopher(1997);Terminus brain: The environmental threats to human intelligence. London: Cassell.

• • •

الفصل الثانى

التخلف العقلى

تمهيد

يعتـــبر الـــتخلف العقلى كما ورد فى التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 الصـــادر عـــن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO بمثابة حالة من توقف النمو العقلـــى أو عدم اكتماله، وتتسم باختلال فى المهارات يظهر أثناء دورة النمو ، ويؤثر فى المستوى العام للذكاء أى القدرات المعرفية واللغوية والحركية والاجتماعية . وقد تحدث الإعاقة مع أو بدون اضطراب نفسى أو جسمى آخر ، ولكن الأفراد المتخلفين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفســـية الأخـــرى بين المتخلفين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين العاديين. وإضافة إلى ذلك فإن الأفراد المتخلفين عقلياً يتعرضون بدرجة أكبر لمخاطر الاســـتغلال والاعتداء الجسمى والجنسى . كما يكون سلوكهم التكيفى adaptive behavior مخـــتلاً دائمـــاً ، ولكن فى البيئات الاجتماعية التى تكفل الوقاية والتى يتوفر فـــيها الدعم اللازم لهم قد لا يكون مثل هذا الاختلال ظاهراً خاصة بين الأفراد ذوى التخلف العقلى البسيط.

ويعـــد التخلف العقلى من أشد مشكلات الطفولة خطورة إذ أنه كمشكلة يمكن النظر إليه على أنه مشكلة متعددة الجوانب؛ فهى مشكلة طبية ووراثية ونفسية وتربوية واجتماعـــية وقانونية ، وتتداخل تلك الجوانب مع بعضها البعض بما يجعل منها مشكلة مميزة فى تكوينها إلى جانب حاجة الطفل المتخلف عقلياً إلى الرعاية والمتابعة والاهتمام من جانب الآخرين المحيطين به والمجتمع ممثلاً فى بعض مؤسساته المختلفة ، إضافة إلى ما

يتركه التخلف العقلى من آثار نفسية عميقة لدى أسرة الطفل المتخلف عقلياً وكل من له علاقة بهذا الطفل ۰

ومـــن الجدير بالذكر أن هذا النمط من أنماط الإعاقات العقلية يعد هو أكثر تلك الأنمـــاط شـــيوعاً وانتشاراً على مستوى العالم بأسره، وهو الأمر الذى توضحه تلك الإحصاءات الصادرة عن الاتحاد القومى لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المـــتحدة الأمـــريكية فى يناير ۲۰۰۳ National Alliance for Autism Research NAAR والـــتى تـــؤكد على أن أنماط الإعاقة العقلية يمكن أن تترتب بحسب نسب انتشـــارها بشـــكل يأتى خلاله التخلف العقلى فى البداية، يليه اضطراب التوحد، ثم متلازمة أعراض داون۰ ومن ناحية أخرى فإن التخلف العقلى يعتبر هو الأكثر شيوعاً بين عامة الناس لدرجة أن أى حالة من حالات الإعاقة العقلية يمكن أن يشار إليها على أنها تخلف عقلي، إلا أنه إذا كان ذلك هو ما يحدث عادة بين عامة الناس فإنه لا يجب أن يحـــدث بـــين المثقفين منهم، بل ينبغي أن يكون هناك تحديد لنمط الإعاقة وذلك بشكل دقيق۰

مفهوم التخلف العقلي :

يعتـــبر مفهوم التخلف العقلي مفهوماً متعدد الجوانب حيث يمكننا أن ننظر إليه من زوايـــا عدة يهتم كل منها بمنظور معين بحيث يتباين ذلك بين المنظور الطبي، والمنظور الاجتماعـــي، والمنظور السيكومتري، والمنظور التربوي۰ ويمكن أن نتناول هذا المفهوم بجوانبه المتعددة على النحو التالى :

(۱) التخلف العقلى من المنظور الطبى :

يعـــرف الـــتخلف العقلى mental retardation من المنظور الطبى بأنه ضعف أو قصـــور فى الوظـــيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدى إلى تدهور فى كفـــاءة الجهـــاز العصـــبى ، ويؤدى بالتالى إلى نقص فى المستوى العام للنمو، وعدم اكتماله فى بعض جوانبه، ونقص أو قصور فى التكامل الإدراكى والفهم والاستيعاب ،

كما يؤثر بشكل مباشر فى التكيف مع البيئة . ومن ثم فإنه يتم النظر إليه فى إطار هذا المنظور فى ضوء تلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى إليه سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها.

وجديــر بالذكر أن هناك العديد من الأسباب التى يمكن لها أن تؤدى إلى التخلف العقلي، والتى يمكن لنا أن نصنفها إلى فئتين رئيسيتين تتعلق الأولى بالعوامل الوراثية فى حـين تـتعلق الثانية بالعوامل البيئية. ويمكننا أن نقوم إجمالاً من جانب آخر بتصنيف تلـك الأسباب إلى ثلاثة عوامل أساسية تعرف بالعوامل التى تؤثر خلال مرحلة ما قبل الـولادة، والعـوامل التى تؤثر أثناء الولادة، والعوامل التى تؤثر خلال مرحلة ما بعد الـولادة وهـو ما سوف نتناوله بالتفصيل فيما بعد. كما أن هذا القصور فى الأداء الوظيفـى العقلـى من جانب الطفل يعنى أن العمليات العقلية المختلفة تشهد قصوراً واضـحاً ينعكس على مجموع الأداءات العقلية للطفل بشكل يجعله فى وضع أدنى من أقـرانه بكثير. ومن ناحية أخرى يذهب الشنـاوى (١٩٩٧) إلى أن الجمعية الملكية الطبـية النفسية فى إنجلترا قد أشارت منذ سبعينيات القرن الماضى إلى التخلف العقلى علـى أنه حالة من توقف النمو العقلى للطفل أو عدم اكتماله تظهر فى صور مختلفة، وتعـد الصـورة المعتادة له هى الإخفاق فى تكوين ما يعرف بتلك الوظائف المتعددة للـذكاء والـتى يمكـن أن تقاس بالطرق السيكومترية المعتادة تحت مسميات متعددة كالعمـر العقلي، ونسبة الذكاء. كما أنها قد تتمثل فى حالات أخرى فى عدم القدرة علـى ضبط الانفعالات، أو الوصول إلى تلك المواصفات المطلوبة للسلوك الاجتماعى العادي. أى أن هذا التعريف يركز بذلك على عدم اكتمال النمو العقلى للطفل، وعدم قدرته على الوصول إلى السلوك الاجتماعى العادي.

ومن ناحية أخرى فإن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on Mental Retardation AAMR قـد اقترحت فى ديسمبر ١٩٩٠ تعريفاً للتخلف العقلـى يعـد أكثر تفصيلاً من تلك التعريفـات الـتى ظهرت قبله. ويذهب عمر خلـيل (١٩٩١) إلى أن هذا التعريف يتضمن جوانب إيجابية، كما يركز على القصور

فى سلوك الطفل التكيفي، ويضع ذلك لأول مرة كمحك قبل نسبة الذكاء. وينص التعريف على أن التخلف العقلى يشير إلى " أوجه قصور أساسية فى جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية يكون مصحوباً بقصور فى المهارات التكيفية وذلك فى واحد أو أكثر من المجالات التالية :

١- التواصل.

٢- العناية بالنفس.

٣- المهارات الاجتماعية.

٤- الأداء الأكاديمي.

٥- المهارات العملية.

٦- قضاء وقت الفراغ.

٧- الإفادة من مصادر المجتمع.

٨- التوجيه الذاتي.

٩- العمل.

١٠- السلوك الاستقلالى

وغالباً ما تكون بعض أوجه القصور التكيفية مصحوبة بمهارات تكيفية أخرى قوية، أو مجالات أخرى للكفاءة الشخصية، أى أن ذلك يعنى وجود بعض المهارات التكيفية القوية إلى جانب مهارات تكيفية أخرى ضعيفة أو بها قصور، وهذا أمر طبيعى بطبيعة الحال، وإلى جانب ذلك يتعين أن تكون أوجه القصور فى المهارات التكيفية لدى الطفل محددة فى سياق بيئة اجتماعية معينة كتلك التى يعيش فيها أقران الفرد ممن هم فى مثل سنه بحيث تكون مؤشراً لحاجته إلى المساعدة. وإلى جانب ذلك فإن التخلف العقلى يحدث خلال سنوات النمو والتى تستمر حتى الثامنة عشرة من العمر"، وبذلك يصبح هناك ثلاثة شروط للتخلف العقلى تتمثل فى الشروط التالية :

١- قصور فى الأداء الوظيفى العقلي.

٢- قصور فى السلوك التكيفى وما يرتبط به من مهارات.

٣- حدوث تلك الحالة قبل الثامنة عشرة من العمر.

ومن جانب آخر فإن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) World Health Organization WHO قد عرفت التخلف العقلى فى التصنيف الدولى العاشر للأمراض International Classification of Diseases ICD- 10 على أنه حالة من توقف النمو العقلى أو عدم اكتماله تتميز باختلال فى المهارات، ويظهر ذلك أثناء دورة النمو، كما يؤثر على المستوى العام لذكاء الطفل، أى قدراته المعرفية، واللغوية، والحركية، والاجتماعية. وقد يحدث التخلف مع أو بدون اضطراب نفسى أو جسمى آخر، ولكن الأفراد المتخلفين عقلياً قد يصابون بكل أنواع الاضطرابات النفسية، بل إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الأخرى بين المتخلفين عقلياً يبلغ على الأقل من ثلاثة إلى أربعة أضعافه بين مجموع السكان، كما يكون سلوك الطفل التكيفى مختلاً. ومن هنا فإن الشروط الثلاثة اللازمة للتخلف العقلى واضحة تماماً، ويتضمنها التعريف بشكل صريح.

كذلك فقد أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association APA فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) DSM- IV وجود ثلاثة محكات رئيسية للتخلف العقلى كالتالى :

١- أداء عقلى عام دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالى ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال.

٢- قصور فى السلوك التكيفى للطفل أى فيما يتعلق بكفاءته فى الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هم فى نفس عمره الزمنى وفى جماعته الثقافية وذلك فى اثنين على الأقل من المجالات التالية؛ التواصل، الاستفادة من إمكانات المجتمع وموارده،

والتوجيه الذاتي، والمهارات الأكاديمية الوظيفية، والعمل، والفراغ، والصحة، والسلامة.

٣- أن يحدث ذلك خلال فترة النمو أى قبل سن ١٨ سنة.

وبذلك نلاحظ أن التعريفات الطبية جميعها تركز على ضرورة وجود ثلاثة شروط تعد بمثابة محكات ضرورية لتشخيص الطفل على أنه متخلف عقلياً، وتتمثل تلك الشروط فى وجود قصور فى أدائه الوظيفى العقلي، وفى سلوكه التكيفي وما يرتبط به من مهارات، وأن يحدث ذلك خلال فترة النمو. وإضافة إلى ذلك فهي تركز أيضاً على تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلي حدوث التخلف العقلي. ومن هذا المنطلق يتضح أن هذه الحالة تؤدي إلي تدني مستوي القدرة العقلية العامة للطفل، كما تحول دون قدرته على القيام بمهارات الحياة اليومية بصورة تماثل أقرانه فى مثل عمره الزمنى وفى جماعته الثقافية

(٢) التخلف العقلى من المنظور الاجتماعى :

أما من المنظور الاجتماعى فيتم تعريفه فى ضوء الكفاءة الاجتماعية للطفل المتخلف عقلياً حيث يعد غير كفء اجتماعياً ومهنياً ودون نظيره السوى فى القدرة العقلية والاجتماعية، وعادة ما تبدأ تلك الإعاقة منذ الميلاد أو فى سن مبكرة من النمو وتستمر كذلك حتى مرحلة الرشد. وهى حالة غير قابلة للشفاء التام، وتتسم بقصور واضح فى الأداء السلوكى الوظيفي. ويعتمد هذا المنظور على استخدام المقاييس الاجتماعية المختلفة التي تعمل على قياس مدى تكيف الفرد مع المجتمع وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة من أقرانه فى مثل سنه وفى جماعته الثقافية.

وإذا كان السلوك التكيفى يعرف بأنه درجة الفاعلية التي يحقق بها الفرد غايته الذاتية، ويستجيب بها لمسئولياته الاجتماعية المتوقعة منه وفقاً لعمره الزمني، ونوع وطبيعة الجماعة التي ينتمى إليها فإنه يتم بناء على ذلك كما يشير عبدالعزيز الشخص

(١٩٩٧) تصـــنيف الأطفـــال المتخلفين عقلياً بعد تطبيق مقاييس للنضج الاجتماعي، والســـلوك التكيفى عليهم وذلك إلى أربع فئات على أساس درجة كل فئة فى مقياس السلوك التكيفى كالتالى :

١- فـئــة التخلف العقلـــى البســـيــط؛ وتنحصر نسب التكيف لأفرادهـــا بين ٨٤- ٧١.

٢- فـئة التخلف العقلى المتوســط؛ وتنحصـــر نسب التكيـــف لأفرادهـــا بين ٧٠- ٥٨ ٠

٣- فـئة التخلف العقلى الشديـــد؛ وتنحصـــر نســـب التكيـــف لأفرادهـــا بين ٥٧- ٤٥ ٠

٤- فـئة التخلف العقلى الحاد أو الشديد جداً؛ وتكون نسب التكيف لأفرادها ٤٤ فأقل٠

(٣) التخلف العقلى من المنظور السيكومترى :

يقـــوم المنظور السيكومترى فى تحديده لمفهوم التخلف العقلى على استخدام نسبة الـــذكاء التى يصل إليها الطفل ويحققها وذلك بعد تطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفـــال عليه بحيث تقل نسبة ذكائه عن ٧٠ ، أى تقل عن المتوسط بمقدار إنحرافين معـــياريين على الأقل٠ ومن أكثر المقاييس التى يتم استخدامها شيوعاً مقياس وكسلر Wechsler لـــذكاء الأطفال، ومقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet ويكون متوســـط الدرجات لكليهما ١٠٠ فى حين يكون الانحراف المعيارى على الأول ١٥ وعلى الثانى ١٦ فيكون الانحرافان المعياريان ٣٠ تقريباً، وبعد طرحها من مائة يصبح الناتج ٧٠ ووفقاً لما ورد فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمـــراض والاضـــطرابات النفسية والعقلية DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطـــب النفسى (١٩٩٤) APA فإن هناك أربع فئات للتخلف العقلى بناء على نسبة الذكاء التى يحصل الطفل عليها وذلك كالتالى :

١- التخلف العقلى البسيط؛ mild ويضم ٨٥ % تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكاء الأطفال فيه بين ٥٠- ٥٥ إلى أقل من ٧٠ .

٢- التخلف العقلى المتوسط؛ moderate ويضم حوالى ١٠ % تقريباً من الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٣٥- ٤٠ إلى ٥٠- ٥٥ .

٣- التخلف العقلى الشديد؛ severe ويضم حوالى ٣- ٤ % تقريباً من إجمالى عدد الأطفال المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين ٢٠- ٢٥ إلى ٣٥- ٤٠ .

٤- التخلف العقلى الحاد أو الشديد جداً؛ profound ويضم حوالى ١-٢% تقريباً من إجمالى الأطفال المتخلفين عقلياً، وتكون نسبة الذكاء فيه ٢٠- ٢٥ فأقل.

(٤) التخلف العقلى من المنظور التربوى:

يقوم المنظور التربوى على قدرة هذا الطفل على التعلم والتى تعد بمثابة المعيار فى هذا الصدد حيث يعتبر الطفل المتخلف عقلياً غير قادر على التعلم أو التحصيل الدراسى ، كما ينخفض أداؤه السلوكى بشكل واضح فى العمليات العقلية نتيجة لانخفاض نسبة ذكائه ، ويصاحب ذلك قصور فى سلوكه التكيفي. ويضم التخلف العقلى من هذا المنظور ثلاث فئات يمكن أن نعرض لها كما يلى :

١- **القابلون للتعلم :** educable وتكون لدى الفرد بعض القدرات الأكاديمية التى تساعده على التحصيل حتى مستوى الصف الخامس فقط.

٢- **القابلون للتدريب:** trainable وتكون لدى الطفل قدرات أكاديمية أقل تؤهله حتى مستوى الصف الأول فقط، ويمكن تدريب الطفل على القيام ببعض المهن البسيطة.

٣- **المعتمدون:** custodial وهم أولئك الذين تقل نسب ذكائهم عن ٢٥ ، ويعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم.

وبذلك نلاحظ أن كل منظور يركز على وجود انخفاض واضح فى القدرة العقلية العامة للطفل إلى جانب وجود قصور مصاحب فى سلوكه التكيفى يحدث خلال مرحلة النمو والتى سنوضح أنها تمتد حتى سن الثامنة عشر، أى أن تلك الشروط الثلاثة التى أشرنا إليها من قبل ينبغى أن تنطبق تماماً على الطفل حتى مع اختلاف المعيار المستخدم، أو المنظور الذى نحكم على الطفل من خلاله وفى ضوئه. وبذلك فإن الاكتفاء بمقياس الذكاء فقط فى التشخيص كما يحدث عندنا فى مصر لا يمكن مطلقاً أن يكون صحيحاً حيث لا بد من تطبيق مقياس للسلوك التكيفى أيضاً.

ويشير سعيد العزة (٢٠٠١) أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى AAMR قد أوضحت فى تعريفها للتخلف العقلى أن ذكاء الفرد المتخلف عقلياً يكون أقل من المتوسط ولا يضارع أبناء عمره فى أدائه العقلي، كما أنه يقل عن أقرانه أيضاً فى معدل نمو المهارات الأساسية التى ترتبط بشكل عام بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة، ومن هذه المهارات الحبو، والمشي، والكلام، والتحكم فى الإخراج، ومشاركة الآخرين فى نفس العمر ألعابهم ومهامهم المختلفة بمستوى مقبول، كما تكون قدرته على الاستقلالية، والمحافظة على ذاته فى بيئته، وقدرته على التكيف، وإقامة علاقات اجتماعية محدودة بدرجة كبيرة مما يشير إلى وجود قصور فى أدائه التكيفى يحدث خلال مرحلة النمو أى بداية من الميلاد وحتى الثامنة عشرة من عمره . ومن هذا المنطلق أشار جروسمان Grossman منذ سبعينيات القرن الماضى إلى أن الإعاقة العقلية تدل على انخفاض مستوى الأداء الوظيفى العقلى العام للطفل عن المتوسط انخفاضاً دالاً يكون مرتبطاً بخلل فى سلوكه التكيفى ، وتظهر آثاره خلال مرحلة النمو . وينعكس النقص أو القصور فى السلوك التكيفى فى المجالات التالية :

أ - تطور المهارات الحس حركية .

ب - تطور مهارات اللغة والتواصل .

جـ - تطور مهارات العناية بالذات .

د - تطور مهارات التفاعل مع الآخرين .

ومن الجدير بالذكر أن هذا الخلل فى المجالات سالفة الذكر يكون سائداً خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، أما خلال ما تبقى من مرحلة الطفولة إضافة إلى مرحلة المراهقة فنلاحظ أن الخلل يكون سائداً فى مجالات أخرى تتمثل فى تطبيق ما تعلمه الفرد على مختلف الأنشطة الحياتية ، والاستفادة من العقل والمنطق فى السيطرة على البيئة ، والأنشطة والمهارات الاجتماعية والعلاقات بين الشخصية ، إلى جانب الإنجازات الاجتماعية والمهنية.

ويعتبر وجود انحراف عن مظاهر النمو العادية من المؤشرات الدالة على احتمال وجود انخفاض فى القدرة العقلية العامة للطفل. ولا يخفى علينا أن هناك خصائص معينة للتخلف العقلي يمكن اكتشاف بعضها منذ ميلاد الطفل، أما بعضها الآخر فيتم التعرف عليه مع نمو الطفل خلال مرحلة الطفولة، وعند التحاقه بالمدرسة وذلك نظراً لأنها تعد بمثابة خصائص لا تخطئها العين مثل استسقاء الدماغ، أو كبر الدماغ، أو صغر الدماغ تعد جميعها بمثابة أدلة واضحة على التخلف العقلي. ومع ذلك فهناك حالات أخرى عديدة لا يتم التعرف عليها إلا من خلال العديد من الفحوص الطبية والأشعة ورسم المخ والأشعة المقطعية وتحليل الدم والبول وما إلى ذلك.

خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً

تشير أسماء العطية (١٩٩٥) إلى أن التخلف العقلى يترك آثاراً سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات ونسب متفاوتة ، فهى تنعكس على أدائه فى القدرات العقلية والمعرفية ، وتنعكس كذلك على قدرته على

التكيف الاجتماعى ، وعلى اتزانه الانفعالى ، وعلى سمات شخصيته ككل. ومن هذا المنطلق نرى أنه بشكل عام هناك العديد من الخصائص التى يتسم بها الأطفال المتخلفون عقلياً والتى تعد من الأدلة التى يمكن الرجوع إليها عند التعرف على الحالة وتشخيصها. ويأتى فى مقدمة تلك السمات قدرة الطفل المحدودة على القيام بما يلى :

أ - تكوين المفاهيم المجردة .

ب - أداء العمليات العقلية العليا .

جـ - التركيز .

د - اتخاذ الحيطة والحذر .

هـ - استبصار العلاقة بين الأهداف والوسائل التى يمكن تحقيقها بمقتضاها.

و - العناية بالنفس.

ز - تكوين صداقات وعلاقات بين شخصية .

ح - العيش مستقلاً عن الآخرين .

ط - ممارسة أى عمل نافع .

ى - الاستفادة من برامج التدريب التى يتم تقديمها لهم .

ك - الالتزام بالقيم والعادات والتقاليد التى يأتى بها الأطفال فى نفس العمر الزمنى والجماعة الثقافية.

وإذا ما تناولنا ذلك بشيء من التفصيل فسوف نجد أن الأطفال المتخلفين عقلياً يتسمون فيما يتعلق بنموهم الجسمى بتأخر معدل النمو عادة ، وصغر حجم أجسامهم، وقلة أوزانهم وأطوالهم عن العادي، وصغر حجم الدماغ أو كبره مع ظهور تشوهات أحياناً فى شكل الجمجمة والعين والفم والأطراف. وبالنسبة لنموهم

الحركـــى فهو يتأخر أيضاً ، كما يتسمون بعدم الاتزان الحركى والتأخر فى استخدام المهـــارات الحـــركية للعضلات الصغيرة أو الدقيقة. ومن الناحية النظرية نلاحظ أنهم يتســـمون بضعف قدرتهم على التكيف ، ونقص الميول والاهتمامات ، وعدم القدرة على تحمل المسئولية إلى جانب ضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخــرين ، والانســحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وإن كانوا يميلون إلى مشـــاركة الأطفال الأصغر منهم سناً فى الممارسات الاجتماعية المختلفة. كذلك فهم اندفاعــيون ، ويتشـــتت تفكيرهم بسرعة ، ومدى انتباههم قصير. كما أنهم أيضاً يتسمون بضعف مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يدفعهم إلى السلوك العدوانى سواء كان عـــدواناً على الغير أو إيذاء للذات والذى يحدده دبيس (١٩٩٨) فى أربعة أبعاد على النحو التالى :

أ - **السـلوك العـدوانى الصريح:** ويتمثل فى جذب ملابس الزملاء ، والعض، وجذب الشعر ،والتخريب ، والبصق ، والضرب ، وتحطيم الأشياء.

ب - **السـلوك العـدوانى العام (اللفظى وغير اللفظى) :** ويتمثل فى الشتم ، ومضايقة الزملاء ،والتحرش بهم ، واستخدام الألفاظ النابية والبذيئة.

جـ - **السلوك الفوضوي:** ويتمثل فى الدخول للفصل والخروج منه دون استئذان، والقـــيام بالشوشـــرة ، ورمـــى الأوراق علـــى الأرض دون وضعها فى سلة المهملات.

د - **عدم القدرة على ضبط الذات والتحكم فى الانفعالات:** ويتمثل فى الانتقام، وعـــدم القدرة على التحكم فى السلوك عند الاستثارة، ورمى أى شيء أمامه عند الغضب.

وفـــيما يـــتعلق بنموهم العقلى فإنهم يتسمون بتأخر واضح فى مستوى نموهم هذا، وتـــدنى نســـبة ذكائهم عن ٧٠ وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال ، وتأخـــر نموهم اللغوى مع قدرتهم أحياناً على استخدام ما لديهم من حصيلة لغوية فى

سياقات اجتماعية مختلفة. كذلك فإنهم يتسمون بوجود قصور فى العمليات العقلية الأخرى كالذاكرة، والانتباه، والإدراك، والتخيل، والتفكير، والقدرة على الفهم والتركيز والمحاكاة مما يؤدى إلى حدوث قصور فى التحصيل الدراسي، ونقص فى المعلومات، والخبرة، وقصور فى انتقال أثر التدريب. أما من الناحية الانفعالية فيتسم هؤلاء الأطفال بعدم الاتزان الانفعالى ، وعدم الاستقرار أو الهدوء ، وسرعة التأثر ، وبطء الانفعال ، وقصور فى ردود أفعالهم الانفعالية حيث تعد أقرب إلى المستوى البدائى إضافة إلى أنهم يعدون أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط. بينما نجدهم من الناحية الاجتماعية غير قادرين على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، ويؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، كما أنهم يميلون دائماً إلى مشاركة الأطفال الأصغر منهم سناً فى مختلف الممارسات الاجتماعية التى تتضمنها المواقف الاجتماعية المختلفة. ومن ناحية أخرى فإن قصور المهارات التى تتعلق بسلوكهم التكيفى تجعلهم غير قادرين على التكيف مع المواقف المختلفة، أو البيئة المحيطة، أو التوافق مع البيئة الاجتماعية التى يشبون فيها. كما أن ميولهم واهتماماتهم عادة ما تكون محدودة، ويبدون لامبالاة اجتماعية، وعدم اهتمام بالآخرين، وبشكل عام فإننا نجدهم غير قادرين على تحمل أى مسئولية يمكن إسنادها إليهم.

هذا ويمكن أن نتناول مثل هذه الخصائص بشيء من التفصيل وذلك على النحو الذى نقوم من خلاله بالتعرض لكل جانب من جوانب النمو أو جوانب الشخصية كما يلى :

(١) الخصائص الجسمية والحركية :

من الجدير بالذكر أنه لا توجد خصائص جسمية معينة تميز حالات التخلف العقلى البسيط عن أقرانهم العاديين حيث نلاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً يشبهون أقرانهم العاديين- إلى حد ما- فى الوزن، والطول، والحركة، والصحة العامة، والبلوغ الجنسي، وغيرها . وعلى هذا الأساس فإننا عادة لا نعتمد على الخصائص الجسمية فى تشخيصنا للتخلف العقلى وذلك للعديد من الأسباب يأتى فى مقدمتها ما يلى :

أ - أن الفروق بين معظم حالات التخلف العقلى وأقرانهم العاديين قليلة.

ب- أن مثل هذه الفروق لا تميز بين المتخلف وغير المتخلف بشكل قاطع.

جـ- أن حالات التخلف العقلى تنمو جسمياً فى الطفولة مثل العاديين تقريباً.

د - أن علامات البلوغ تظهر عليهم خلال مرحلة المراهقة كأقرانهم العاديين.

هـ- عادة ما يكتمل نمو العضلات، والعظام، والطول، والوزن، والجنس من جانبهم فى حوالى سن الثامنة عشر كأقرانهم العاديين.

و - أنهم يصلون إلى النضج الجسمى فى نفس الوقت الذى يحدث فيه نفس الشيء تقريباً لدى أقرانهم العاديين.

ز- على الرغم من ذلك فإن حالات التخلف العقلى المتوسط، والشديد، والحاد عادة ما يتأخر لديها النمو الجسمى والحركي، وقد يتوقف عند مستوى أقل بكثير مما يصل إليه العاديون.

ويذهب الخطيب (١٩٩٢) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً يعانون فيما يتعلق بالمهارات الحركية من مشكلات حركية مختلفة قياساً بأقرانهم العاديين حيث أنهم يعانون من قصور واضح فى مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة. وإلى جانب ذلك فإننا نرى أنه كلما زادت درجة تخلفهم العقلى زادت بالتالى معاناتهم الحركية بشكل دال حيث نجدهم آنذاك يتسمون بعدد غير قليل من السمات تأتى السمات التالية فى مقدمتها :

١- المعاناة من صعوبات حركية كثيرة.

٢- قصور واضح فى الوظائف الحركية المختلفة، ومنها ما يلى:

أ - التوافق العضلى العصبى.

ب- التآزر البصرى الحركى.

جـ- التحكم والتوجيه الحركى.

٣- صعوبة استخدام العضلات الدقيقة من جانبهم.

٤- يغلب عليهم البطء والتثاقل وعدم الانتظام فى الخطوات أثناء المشي.

٥- يصعب عليهم السير فى خط مستقيم.

٦- عادة ما يصيبهم التعب والإجهاد والإعياء بسرعة ولأقل مجهود.

٧- يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة قياساً بأقرانهم العاديين.

٨- يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالإعاقات الحسية المختلفة.

(٢) الخصائص العقلية المعرفية :

هناك العديد من الخصائص التى تميز الأطفال المتخلفين عقلياً عن غيرهم من الأطفال وفى مقدمتهم أقرانهم العاديين، وهو الأمر الذى يمكن أن نعرض له كما يلى :

أ- بطء معدل نموهم العقلى :

إذا كان الطفل العادى ينمو بمقدار سنة عقلية واحدة كل سنة زمنية من عمره فإن الطفل المتخلف عقلياً ينمو بمعدل أبطأ من ذلك إذ ينمو بمعدل يقدر بتسعة شهور عقلية أو أقل كل سنة زمنية، كما أن أقصى عمر عقلى يمكن للطفل المتخلف عقلياً أن يصل إليه وذلك عندما يبلغ الثامنة عشرة من عمره لن يتجاوز مستوى النمو العقلى لطفل عادى فى العاشرة أو الحادية عشرة من عمره، وربما أقل من ذلك. وإذا كانت هضبة النمو العقلى تظهر عند الأفراد العاديين فى المرحلة العمرية التى تتراوح بين ١٦- ١٨ سنة فإنها تظهر لدى حالات التخلف العقلى البسيط فى المرحلة العمرية التى تتراوح بين سن العاشرة والحادية عشرة. وإضافة إلى ذلك فإن أقصى مرحلة عمر عقلى يصل الفرد المتخلف عقلياً من المستوى المتوسط إليها توازى السابعة من العمر تقريباً بالنسبة لأقرانه العاديين، أما الأفراد المتخلفين عقلياً من المستوى الشديد والشديد جداً فلا يتجاوز نموهم العقلى الثالثة من العمر وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم العاديين.

ب- قصور الانتباه والإدراك :

يعـــانى الأطفـــال المتخلفون عقلياً من عدم قدرتهم على الانتباه للمثيرات المختلفة، وعـــدم قـــدرتهم على التركيز فيها لفترة طويلة حيث يتشتت انتباههم بسهولة نتيجة لقابليـــتهم العالـــية للتشـــتت وذلك لأى مثير حتى وإن كان مثيراً دخيلاً، كما أنهم يتســـمون بقصر مدى انتباههم. وتزداد تلك السمات تدنياً مع زيادة درجة التخلف العقلي. وإلى جانب ذلك فإنهم يتسمون بضعف مثابرتهم فى المواقف التعلمية المختلفة، ولا يكـــون بإمكانهم تحديد تلك الأبعاد المرتبطة بالمهمة المستهدفة، أو تحديد المتغيرات الـــتى تـــرتبط بهـــا. كذلك فإنهم يتسمون بقصور الإدراك من جانبهم سواء الإدراك الســـمعي، أو البصـــري، أو إدراك الخصـــائص المختلفة المميزة للأشياء كالأشكال، والألـــوان، والأحجـــام، والأوزان إلى جانب عدم قدرتهم على إدراك وفهم المواقف المخـــتلفة الـــتى يتعرضـــون لهـــا، وما يمكن أن تضمه مثل هذه المواقف وتتضمنه من مشكلات متعددة.

جـ- قصور الذاكرة :

يعـــانى هـــؤلاء الأطفال من صعوبة واضحة وقصور كمى وكيفى فى عملية تجهيز المعلـــومات، ويقومون بحفظ المعلومات والخبرات المختلفة فى الذاكرة الحسية بعد جهد كبير فيتعلمون ببطء، وينسون ما يكونوا قد تعلموه بسرعة، ويعمل مثل هذا المستوى مـــن الذاكـــرة على حفظ المعلومات والخبرات لمدة قصيرة فقط، ولا يقوم بنقلها إلى المســـتويات الأخرى التى تؤكد على حفظها لفترات طويلة. ومن ثم فإنهم يعانون من قصـــور كـــبير فى ذاكرتهم قصيرة المدى ترجع فى الغالب إلى عيوب فى أساليب التعلم والتكـــرار من جانبهم، ومع ذلك فإن التدخلات المختلفة من جانبنا يمكن بلا شك أن تؤدى إلى حدوث بعض التحسن فى تلك الذاكرة وذلك بالرغم من أن ذلك التحسن يكون محدوداً. وحتى يمكننا أن نتغلب على جانب من هذا القصور ينبغى أن نلجأ إلى التكـــرار الـــدائم والكثير لما نقوم بتقديمه لهم. وإلى جانب ذلك هناك قصور أيضاً فى

ذاكـــرتهم طـــويلة المدى، ولكنه يكون أقل بكثير من ذلك القصور فى ذاكرتهم قصيرة المدى.

د- قصور التفكير :

إذا كـــان التفكير يعنى ببساطة إعادة تنظيم وهيكلة تلك المعلومات والخبرات التى يكـــون قد سبق للفرد المرور بها وتعلمها، ثم التوصل من خلال ذلك إلى حلول مناسبة للمشـــكلة التى تواجهه فى هذا الموقف أو ذاك، وأن أهم ما يميزه هو تطوره مع زيادة عمـــر الفـــرد فـــإن تفكير الطفل المتخلف عقلياً لا ينمو بمعدلات مماثلة بل بمعدلات منخفضـــة ممـــا يجعلـــه لا يتجاوز المرحلة المادية المحسوسة أو العيانية concrete كما يسميها بياجيه Piaget وهو ما يعنى أن الفرد المتخلف عقلياً يعانى بذلك من قصور فى الـــتفكير حـــيث لا يكـــون تفكـــيره على مستوى المواقف أو الأحداث التى يمر بها ويـــواجهها، كما يكون بسيطاً وسطحياً، وينعكس فى قدرته العقلية العامة التى تتسم بالقصـــور. وقد يرجع قصور التفكير لدى هؤلاء الأفراد إلى العديد من الأسباب من أهمها ما يلى :

١- قصور الذاكرة.

٢- ضعف القدرة على اكتساب المفاهيم المختلفة.

٣- قصور تكوين الصور الذهنية المتباينة.

٤- ضعف المحصول اللغوى وضآلته.

٥- قصور فى تجهيز المعلومات.

هـ- قصور التعميم وانتقال أثر التعليم أو التدريب :

تـــواجه الطفل المتخلف عقلياً صعوبات جمة فى سبيل القيام بالتعميم، أو نقل أثر ما تعلمـــه فى موقف ما، أو ما تدرب عليه فى ذلك الموقف إلى مواقف أخرى مشابهة، أو القـــيام بتعمـــيم ما ساد فى موقف معين على غيره من المواقف المشابهة. ومن الأكثر احتمالاً أن مثل هذا الأمر إنما يرجع إلى الأسباب التالية :

١- قصور من جانبه فى اكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الخبرات والمواقف المختلفة،

٢- عدم قدرته على إدراك أوجه الشبه والاختلاف تلك،

٣- قصور فى قدرته على إدراك العلاقة بين المواقف المختلفة،

٤- قصور فى قدرته على التفكير فى الحلول المناسبة للمشكلات والمواقف المختلفة،

٥- عدم قدرته على تذكر ما مر به من خبرات فى المواقف المشابهة منذ فترة قريبة.

وينبغى فى سبيل مساعدة هذا الطفل على أن يتغلب ولو جزئياً على هذه المشكلة أن نقوم بعدد من الإجراءات ذات الأهمية فى هذا الصدد من أهمها ما يلي:

١- الاعتماد على الأنشطة المختلفة،

٢- الاهتمام بتقديم مهام متعددة للطفل،

٣- تنويع المهام والأنشطة التى يتم تقديمها له،

٤- تعدد الأماكن التى نقوم بتعليمه فيها،

٥- الاهتمام بالتكرار المستمر للمهمة والنشاط والخبرة ككل،

و- قصور المهارات الأكاديمية الوظيفية :

يواجه الطفل المتخلف عقلياً صعوبات ومشكلات متعددة فى المهارات الأكاديمية المختلفة كالقراءة، والكتابة، وإجراء العمليات الحسابية المختلفة، وقد يرجع ذلك إلى جملة من الأسباب فى مقدمتها ما يلى :

١- ضعف القدرة على التعلم بصفة عامة،

٢- قصور فى بعض القدرات النوعية،

٣- قصور فى جوانب النمو العقلى،

٤- ضعف القدرة على القيام بالعمليات العقلية المعرفية المختلفة من انتباه، وإدراك، وتذكر، وما إلى ذلك.

وعلى الرغم من ذلك يمكن باتباع أساليب تدريس معينة، والتدريب على الأنشطة المختلفة، واللجوء إلى الاستراتيجيات التعويضية أن نسهم فى تحسين مهاراتهم الأكاديمية.

(٣) الخصائص اللغوية :

تعتبر المشكلات اللغوية من أهم المشكلات التى ترتبط بالتخلف العقلى وتنتج عنه، كما أنها تزداد فى الدرجة مع زيادة مستوى التخلف العقلي، وعلى ذلك فإن المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة كما يذهب القريطى (٢٠٠١) يصلون إلى مستوى معقول من الأداء اللغوى وذلك على الرغم من أنهم يتأخرون فى النطق، بينما يعانى ذوو التخلف العقلى المتوسط من مشكلات وصعوبات لغوية مختلفة من أهمها ما يلى :

أ - البطء الملحوظ فى النمو اللغوي.

ب- التأخر فى النطق.

جـ- التأخر فى اكتساب قواعد اللغة.

د - ضآلة المفردات اللغوية وبساطتها.

هـ- بساطة التراكيب اللغوية وسطحيتها.

و- تدنى مستوى الأداء اللغوي.

ومن ناحية أخرى يشير الشخص (١٩٩٧) إلى أن اضطرابات النطق المختلفة من إبدال، وتحريف، وحذف، وإضافة تنتشر بين هؤلاء الأطفال، كما تشيع أيضاً اضطرابات الصوت بينهم، ومن أهمها ما يلى :

أ - أن يسير الصوت على وتيرة واحدة.

ب- أن يتسم بالنمطية.

جـ- أن يكون الصوت مزعجاً وغير سار لدى الكثيرين منهم.

وإلى جانب ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام ترتبط كماً وكيفاً بدرجة التخلف العقلى حيث تقل فى حالة التخلف العقلى البسيط، وتزداد مع زيادة مستوى التخلف من المتوسط إلى الشديد، ثم تضطرب تماماً فى حالة التخلف العقلى الشديد جداً أى الحاد.

(٤) الخصائص الانفعالية :

هناك العديد من الخصائص الانفعالية التى تميز الأطفال المتخلفين عقلياً، وتزداد حدتها مع زيادة درجة أو مستوى التخلف العقلي. ومن أهم هذه الخصائص ما يلى :

أ- عدم الثبات الانفعالى : emotional unstability

من الجدير بالذكر أنه يمكن تصنيف الأطفال المتخلفين عقلياً فى هذا الإطار إلى فئتين كما يرى كمال مرسى (١٩٩٩) تتمثل أولاهما فى تلك الفئة التى تعتبر مستقرة انفعالياً إلى حد ما، والتى تبدو متعاونة ومطيعة، ولا تؤذى أحداً، أما الفئة الثانية فهى تلك الفئة غير المستقرة انفعالياً التى تتسم بكثرة الحركة، وعدم الاستقرار فى نشاط معين، والثورة والغضب لأسباب بسيطة، كما أنها تكون متقلبة المزاج حيث تكون هادئة أحياناً، بينما تكون شرسة فى أحيان أخرى، ويمكن أن تؤذى نفسها أو غيرها. كما أن هناك العديد من السمات التى يتسم بها أولئك الأطفال المتخلفون عقلياً والتى تعكس عدم ثباتهم الانفعالى ، ويشير القريطى (٢٠٠١) إلى أن هناك العديد من هذه السمات المميزة لهم والتى تعد السمات التالية فى مقدمتها :

١- عادة ما تكون انفعالات أولئك الأطفال غير ثابتة.

٢- تعد انفعالاتهم مضطربة.

٣- تتغير انفعالاتهم تلك من وقت إلى آخر.

٤- يميلون إلى التبلد الانفعالي٠

٥- يبدون اللامبالاة فيظهرون غير مبالين بما حولهم ومن حولهم٠

٦- عدم الاكتراث بما يدور حولهم٠

٧- يتسمون بالاندفاعية٠

٨- عدم التحكم فى الانفعالات٠

ب- اضطراب مفهوم الذات : self- concept disorder

من الأمور التى شهدت جدلاً سابقاً والتى باتت شبه مؤكدة أن إدراك الأطفال المتخلفين عقلياً لذواتهم يكون سالباً إذ يكون مفهومهم لذواتهم سيئاً نتيجة لعدد من الأسباب يوردها كمال مرسى (١٩٩٩) فيما يلى :

١- تعرضهم الكبير لخبرات الفشل والإحباط سواء فى المنزل أو المدرسة أو فى المجتمع بصفة عامة٠

٢- الشعور بعدم الكفاءة٠

٣- الشعور بالدونية٠

٤- عدم الرضا عن الذات٠

٥- الاعتماد على الآخرين٠

٦- الاستعداد للقلق (نتيجة لشعورهم بالدونية)٠

٧- السلوك العدواني٠

٨- سوء التوافق٠

٩- عدم الواقعية خاصة فى مفهومهم لذواتهم٠

١٠- عدم ثبات تقديرهم لذواتهم٠

جـ- الانسحاب الاجتماعى : social withdrawal

يشعر الطفل المتخلف عقلياً بالخوف من الجماعة، ولا يشعر بالأمن بينها، وبالتالى فإنه يميل إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية التى تربطه بأعضائها، ويميل إلى العزلة، ويشعر بالدونية قياساً بأقرانه العاديين، ويتوقع الفشل، وتضعف ثقته بنفسه، ويخبر الإحباط، ويتقلب مزاجه، ويعانى من الاضطرابات الانفعالية، وكلها أمور تدفعه إلى التحرك بعيداً عن الجماعة لو استعرنا ذلك المصطلح الذى قدمته كارين هورني Horney ويقوم بدلاً من ذلك بالإقبال على أو التحرك نحو الأطفال الأصغر منه سناً، ويتخذ منهم أصدقاء، ويلعب معهم وذلك بدلاً ممن هم فى مثل سنه.

د- العدوان : aggression

ينتشر السلوك العدوانى بين هؤلاء الأفراد بدرجة كبيرة قياساً بأقرانهم العاديين، ويزداد بزيادة درجة أو مستوى التخلف العقلي، ويرجع إلى عدم شعورهم بالأمن أو الاستقرار، وتعرضهم لخبرات مؤلمة ومحبطة فى تفاعلهم مع الآخرين من حولهم. ومن أبرز أشكال العدوان التى يلجأ إليها ما يلى :

١- عدم الطاعة.

٢- الهجوم البدني.

٣- العدوان اللفظي.

٤- تدمير الممتلكات.

٥- إعاقة الآخرين.

٦- إيذاء الذات.

وقد أشرنا إلى ذلك من قبل وذلك بشيء من التفصيل.

(٥) الخصائص الاجتماعية :

لا يمكـــن النظر إلى الخصائص الاجتماعية لأولئك الأطفال بمعزل عن خصائصهم الجســـمية، والعقلـــية، والمعرفية، واللغوية، والانفعالية حيث إن هناك علاقة وثيقة بين الخصـــائص الاجتماعـــية وبين تلك الخصائص فرادى وجماعات، ومن ثم فإن القدرة المنخفضة لهؤلاء الأفراد على التكيف الاجتماعى إنما تعد نتاجاً لتلك الخصائص. ومما لا شـــك فـــيه أن العديد من الأبعاد المرتبطة بالتخلف العقلى تمثل فى أساسها مشكلة اجتماعـــية حيث تؤدى القدرة العقلية المحدودة للطفل المتخلف عقلياً به إلى قصور فى قدرتـــه علـــى التكـــيف الاجتماعـــي، وتجعلـــه أقل قدرة على التصرف فى المواقف الاجتماعية، كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميزة للأفراد المتخلفين عقلياً ما يلى :

١ – قصور فى الكفاءة الاجتماعية.

٢ – عجز عن التكيف مع تلك البيئة التى يعيشون فيها.

٣ – صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.

٤ – قصور فى القدرة على التواصل.

٥ – تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظى أو غير اللفظي.

٦ – عدم القدرة على المبادرة بالحديث مع الآخرين.

٧ – قصور فى المهارات الاجتماعية.

٨ – صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين.

٩ – صعوبة فى القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم.

١٠ – لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم فى مثل عمرهم.

١١ – الميل إلى مشاركة من يصغرونهم سناً فى أى ممارسات اجتماعية.

١٢-صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأى سبب.

١٣-عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية.

١٤-قصور فى مهارات العناية بالذات.

١٥-قصور فى المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية.

تشخيص وتقييم التخلف العقلى :

تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلى (١٩٩٤) American Association on Mental Retardation AAMR التخلف العقلى بأنه حالة عامة من الأداء الوظيفى العقلى دون المتوسط ، وأن هذا النقص فى الأداء هو نقص دال إحصائياً حيث تبلغ نسبة ذكاء الطفل ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال ، ويتزامن هذا النقص مع بعض أوجه القصور الدالة فى السلوك التكيفى من جانب الطفل. ويعتبر السلوك التكيفى adaptive behavior بمثابة كفاءة الفرد فى التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته. وقد يكون القصور فى السلوك التكيفى فى عدة نواحى مثل؛ النضج، والقدرة على التعلم، والتكيف الاجتماعي. وبالتالى فإنه ينعكس على مهارات العناية بالذات حيث تدل عليه (كالقدرة على أن يرتدى الطفل ملابسه بنفسه بشكل مناسب ، وأن يعمل بمهنة بسيطة على سبيل المثال) وهو ما يجعلها ضرورية للطفل، بل إنه يعد فى حاجة ماسة إليها كى يتمكن من أن يحيا بشكل مستقل. وعلى هذا الأساس فإن الطفل يجب أن يتوفر فيه أو ينطبق عليه عدد من الشروط كى نعتبره متخلفاً عقلياً، ويمكن إجمال تلك الشروط فيما يلى :

١ - أن يكون أداؤه الوظيفى العقلى دون المتوسط وذلك بشكل دال.

٢ - أن يكون فى الوقت ذاته غير قادر على أن يعتنى بنفسه أو يحيا بشك مستقل بمعنى أن يعانى من قصور فى سلوكه التكيفي.

٣ - أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد بمعنى أن يحدث ذلك قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره ، أما إذا انحدر مستوى الأداء الوظيفى العقلى

للفرد إلى المستوى دون المتوسط لأول مرة فى حياته وذلك فى وقت ما بعد أن يكـــون قد تجاوز الثامنة عشرة ولم يستطع أن يتكيف بشكل مستقل أو يعتنى بذاتـــه فإن الأمر هنا لا يمكن بأى حال من الأحوال أن نعتبره تخلفاً عقلياً لأنه بـــذلك يكون قد تجاوز أحد الشروط الضرورية للتخلف العقلى وهو حدوثه قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره .

ومـــن هذا المنطلق يتطلب التخلف العقلى حدوث أوجه قصور فى جانبين أساسيين همـــا الأداء الوظيفـــى العقلـــى والأداء التكيفى للطفل. وإذا كان الأمر كذلك فإن تشـــخيص التخلف العقلى لا يجب بالضرورة أن يتطلب مقياساً وحيداً للتعرف عليه كـــأن نقـــوم مثلاً كما يحدث فى كثير من الأحيان بتطبيق مقاييس الذكاء على الطفل وإذا وجـــدنا أن نسبة ذكائه دون المتوسط نقوم بتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلى حـــيث أنه إذا ما حدث ذلك فإننا نكون مخطئين بالفعل لأن نسبة الذكاء المنخفضة فى حـــد ذاتها لا يجب بالضرورة أن تكون معياراً صادقاً للتخلف العقلى وإن كانت تمثل شـــرطاً ضرورياً لتشخيص الطفل كذلك. وفى مثل هذه الحالة يجب علينا إلى جانب ذلـــك أن نقوم بتطبيق أحد مقاييس السلوك التكيفي، ونتأكد من أن الطفل غير قادر علـــى أن يعـــتنى بذاته. ويرى بعض المتخصصين فى هذا المجال أن نقوم أولاً بتطبيق مقياس للسلوك التكيفى على الطفل، وإذا ما وجدنا أن هناك بعض أوجه القصور التى لا يستطيع الطفل من جرائها أن يعتنى بذاته أو يحيا بشكل مستقل يكون من الضرورى فى مـــثل هـــذه الحالة أن نقوم على الفور بتطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال عليه حتى نتأكد من أن نسبة ذكائه دون المتوسط. وفى مثل تلك الحالة يمكننا أن نصل إلى تشخيص نهائى للحالة بأن صاحبها يعانى من تخلف عقلى ، ويعرف هذا الاتجاه فى التشخيص والقياس والتقييم بأنه الاتجاه التكاملى وهو الاتجاه الذى بدأ يسود فى الآونة الأخيرة.

ويرى هاندن (١٩٩٨) Handen أنه فيما يتعلق بقياس السلوك التكيفى يمكننا أن نستخدم مقياساً صريحاً يقيس هذا الجانب ، أو نلجأ من ناحية أخرى إلى أحد البدائل

التى تعمل على قياس الأداء الوظيفى المستقل ، أو النمو اللغوى ، أو القدرة على تحمل المسـئولية ، أو النشـاط الاقتصـادى ، أو المترلى ، أو الجسمى حيث يرى أن هناك العديـد من المجالات التى يجب أن نقيس أداء الطفل فيها حتى تساعدنا فى التشخيص . ومن هذه المجالات ما يلى :

- الأداء الوظيفى المستقل.
- النمو الجسمى .
- النشاط الاقتصادى .
- النمو اللغوى .
- معرفة الأعداد والوقت .
- النشاط المترلى .
- القدرة المهنية .
- التوجيه الذاتى .
- تحمل المسئولية .
- التنشئة الاجتماعية أو القدرات والمهارات الاجتماعية.

وبعـد ذلك يمكن فيما يتعلق بنسبة الذكاء أن نستخدم أحد المقاييس المقننة وهى بطبـيعة الحـال عديدة ومتوفرة فى الميدان ويأتى فى مقدمتها مقياس ستانفورد- بينيه Stanford-Binet إلى جانب مقياس وكسلر Wechsler .

وتـؤكد العديد من الدراسات الحديثة كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسـبة انتشار التخلف العقلى كما أظهرها التقديرات المبكرة تتباين من بلد إلى آخر ، ولكـنها تتـراوح بشكل عام بين ١- ١٣% من المجموع العام. إلا أن التقديرات الحديـثة قـد أظهرت وجود نسب تختلف عن ذلك بحيث أكدت أن نسب انتشاره

تتــراوح بــين ١ – ٣ % فقــط ، ووجدت أن تلك النسبة تصل إلى ٣ % إذا ما اعــتمدنا على نسبة الذكاء كمعيار أو محك وحيد فقط ، أما إذا ما لجأنا إلى السلوك التكيفى أو الأداء التكيفى للطفل كمعيار أو محك أساسي بجانب نسبة ذكائه فإن تلك النسبة تقل عن ذلك لتصل إلى ١ % فقط. أما فيما يتعلق بنسبة الذكاء فإننا نلاحظ أنهــا يجــب أن تقل عن المتوسط بمقدار إنحرافين معياريين أو أكثر كما سنوضح فيما بعــد. فلو أخذنا مقياس وكسلر لذكاء الأطفال كمثال سنجد أن الدرجة ١٠٠ هى الــتى تمــثل المتوسط ، وأن إنحرافها المعيارى هو ١٥ وهنا يصبح الطفل الذى يحصل علــى ٧٠ أو أقل ينطبق عليه أحد المحكات الأساسية للإعاقة العقلية ، ويتبقى له فى مــثل هــذه الحالة أن ينطبق عليه المحك الثانى وفقاً للتشخيص التكاملى وهو السلوك التكيفى .

وتعــرض الطــبعة الــرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضــطرابات النفســية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA تشخيصاً للتخلف العقلى على النحو التالى :

١ – أن يكون الأداء الوظيفى العقلى للطفل دون المتوسط بحيث تصل نسبة ذكائه إلى حوالى ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .

٢ – أن يتزامن ذلك مع وجود أوجه القصور فى السلوك التكيفى أو الأداء التكيفى للطفل بحيث لا تنطبق على الطفل بعض المعايير المتوقعة من أقرانه فى مثل سنه وفى جماعته الثقافية ، وذلك فى اثنين على الأقل من المجالات التالية :

أ – التواصل.

ب – المهارات الاجتماعية أو بين الشخصية .

جـ – المهارات الأكاديمية .

د – الصحة .

هـ - العناية بالذات .

و - استغلال مصادر أو موارد المجتمع والاستفادة منها .

ز - العمل .

ح - الأمان .

ط - الحياة المترلية .

ى - التوجيه الذاتى .

ك - الاستفادة من وقت الفراغ والتخطيط له .

٣ - يجب أن يكون بداية ذلك قبل أن يصل الطفل الثامنة عشرة من عمره.

وجدير بالذكر أن التخلف العقلى يحدث بدرجات تتباين فى شدتها أو مدى حدتها. وعلى الرغم من ضرورة استخدام محكين اثنين لتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلى وذلك وفقاً للاتجاه التكاملى هما نسبة الذكاء والسلوك التكيفى فإن نسبة الذكاء تعد هى المحك الأساسى فى التمييز بين مستويات التخلف العقلى ومدى حدتها. ويحدد كل من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى APA (١٩٩٤) والتصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO أربعة مستويات للتخلف العقلى بناء على نسبة الذكاء نعرض لها على النحو التالى :

١ - التخلف العقلى البسيط : mild

وتتراوح نسبة ذكاء الطفل فى هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ ولا يزيد الطفل فى مهاراته الأكاديمية عن طفل عادى فى الحادية عشرة من عمره وذلك عندما يصل إلى السن الذى يحدث فيه النضج التام للطفل العادي. ومن ثم فإن هذا الفرد لا يمكنه أن يتعلم المقررات الدراسية التى يتم تدريسها فى مراحل دراسية

أعلـــى ، وبالتالى فهو يحتاج بطبيعة الحال إلى نوع من التربية الخاصة يتوفر كما نعلم فى مدارس التربية الفكرية.

٢ - التخلف العقلى المتوسط : moderate

وفى هذه الفئة تتراوح نسبة ذكاء الطفل بين ٤٠ إلى أقل من ٥٥ وعندما يصل إلى الســـن الذى يحدث فيه النضج التام للفرد العادى لا تزيد القدرات الأكاديمية للفرد المتخلف عقلياً عن تلك التى تكون لدى طفل عادى فى التاسعة من عمره . ومن ثم تصبح التربية الخاصة ضرورة ملحة له فى تلك الحالة.

٣ - التخلف العقلى الشديد : severe

وتتراوح نسبة ذكاء الطفل فى هذا المستوى بين ٢٥ إلى أقل من ٤٠ ويمكن له هنا أن يتحدث ويتعلم بما يساعده كى يتواصل مع الآخرين، ويمكن تدريبه على العـــادات الصحية الأساسية، ولكنه لا يمكن أن يتعلم المهارات الأكاديمية كما هو الحـــال بالنسبة لأقرانه فى المستويين السابقين . ومع ذلك يمكن له أن يستفيد من تدريبه على أن يقوم بالعادات المختلفة التى تكون سائدة فى بيئته الاجتماعية.

٤ - التخلف العقلى الشديد جداً أو الحاد : profound

وتقـــل نســـبة ذكـــاء الطفل فى هذه الحالة عن ٢٥ ويبدو على الطفل بعض جوانب بسيطة من النمو الحركى ، ولكنه مع ذلك لا يمكنه أن يستفيد بأى حال من الأحوال من تدريبه على مساعدة نفسه أو العناية بنفسه إلى حد ما، وبالتالى فهو يحتاج إلى عناية كاملة به.

ويلاحـــظ أننا قد ركزنا هنا على نسبة الذكاء فى كل مستوى من هذه المستويات الأربعـــة وما يرتبط بها من سمات عقلية، وقد أرجأنا تناول ما يتسم به الأفراد فى كل مســـتوى مـــن تلـــك المستويات لنوضحه بشيء من التفصيل عندما نتناول تصنيف التخلف العقلي. هذا ويرى مادل (١٩٩٠) Madle أن حوالى ٨٩ % من الأفراد

المستخلفين عقلياً يعدون فى مستوى التخلف العقلى البسيط، فى حين يوجد هناك حوالى ٧ % منهم يعدون فى مستوى التخلف العقلى المتوسط، وأن حوالى ٣ % منهم يعدون فى مستوى التخلف العقلى الشديد، أما مستوى التخلف العقلى الشديد جداً أو الحاد فلا يوجد فيه من المتخلفين عقلياً سوى حوالى ١% فقط. ويضيف سكوت (١٩٩٤) Scott أن نسبة انتشار التخلف العقلى تتأثر بعدد من العوامل تتضمن الجنس، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى ، والسلالة race حيث نجد أن نسبة انتشار التخلف العقلى بين البنين تعد ضعف نسبة انتشاره بين البنات حيث تبلغ النسبة بينهما ٢: ١ وأن نسبة انتشاره تزداد بين السود قياساً بالبيض. وإلى جانب ذلك فإن الطبقة الاجتماعية ترتبط هى الأخرى بالتخلف العقلى إذ تزداد نسبة انتشاره بين الجماعات من المستويات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا قياساً بغيرهم من المستويات الأخرى .

ويشير إينفيلد وأمان (١٩٩٥) Einfeld&Aman وجونسون وآخرون (١٩٩٥) Johnson et.al. أن هناك العديد من المشكلات الأخرى التى يعانى منها الأطفال المستخلفون عقلياً والتى قد تتزامن فى حدوثها مع إعاقتهم العقلية هذه، من بينها تلك المشكلات التى تتعلق بالمشي، والمشكلات الحركية الدقيقة ، والتحدث ، والسمع ، والإبصار ، كذلك فإن بعض الأطفال المتخلفين عقلياً قد يعانون من الصرع أو الشلل الدماغى . كما أن هناك بعض المشكلات النفسية التى قد تتزامن هى الأخرى مع التخلف العقلى حيث وجد سكوت (١٩٩٤) Scott أن حوالى ٢٢% من المراهقين المستخلفين عقلياً الذين يعانون من القلق يبدون بعض الاضطرابات السلوكية أو السلوكيات المضادة للمجتمع ، كما أن بعضهم الآخر يبدون سلوكيات تتعلق بإيذاء الذات. ولا يخفى علينا أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من الإكتئاب ، ونسبة أخرى يعانون من الفصام. وهذا يعنى أن نسبة من الأفراد المتخلفين عقلياً يكون لديهم تشخيص مزدوج حيث يتزامن حدوث اضطراب آخر لديهم مع إعاقتهم العقلية. وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تتمثل فى أن مشكلات الصحة النفسية بوجه عام

تتـــزايد لـــدى الأطفال والمراهقين المتخلفين عقلياً قياساً بأقرانهم العاديين وذلك بنسبة تصل إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف ، وتتزايد مثل هذه المشكلات مع زيادة حدة تخلفهم العقلـــى حـــيث يقلـــل انخفاض الأداء الوظيفى العقلى من قدرة الفرد على مواجهة الضغوط ، ويزيد فى الوقت ذاته من تلك الضغوط والمحن التى قد تتعرض لها أسرته مما يؤدى بطبيعة الحال إلى مزيد من الاضطراب.

تصنيف التخلف العقلى :

هناك عدد من المحكات التى يمكن أن نصل فى ضوئها إلى عدد من التصنيفات يمكننا اللجـــوء إليها عند تناول التخلف العقلي. ومن هذه التصنيفات ما يعتمد على مصدر الإعاقـــة ، أو درجـــة الإعاقة ، أو توقيت حدوث الإعاقة ، أو المظاهر الجسمية التى تصاحبها. ومنها كذلك ما يعتمد على السلوك التكيفى للأفراد ، أو المنظور التربوى للإعاقـــة. وعلى هذا الأساس نلاحظ وجود هذا الكم من التصنيفات التى يتناول كل مـــنها هـــذا الـــنمط من الإعاقة العقلية من زاوية معينة، ونحن لا نفضل أحدها على حساب الآخر، كما لا نستبعد أحدها من ناحية أخرى على حساب الآخر أيضاً نظراً لأن كـــل هذه التصنيفات تعمل على إجلاء الصورة من خلال تناول مثل هذه الإعاقة من كافة جوانبها. وسوف نتناول ذلك على النحو التالى :

أولاً : مصدر الإعاقة :

وهـــنا يعد مصدر التخلف العقلى سواء كان ذلك يرجع إلى عوامل داخلية أو خارجـــية هو الأساس الذى يقوم عليه هذا التصنيف ، ومن ثم يتراوح التخلف العقلى وفقاً لذلك بين إعاقة أولية وأخرى ثانوية.

أ – الإعاقة العقلية الأولية :

وتعـــرف الإعاقة العقلية بأنها أولية إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية أى وراثية بيولوجية كما هو الحال فى الشذوذ الكروموزومى للكروموزوم المحدد للجنس fragile X chromosome، أو الفينيلكيتونوريا RKU.

ب – الإعاقة العقلية الثانوية :

ويطلــق على الإعاقة العقلية أنها إعاقة ثانوية إذا كانت ترجع إلى أسباب بيئية أى عــوامل خارجــية كما هو الحال فى الإصابة بالأمراض التى يمكن أن تؤدى إلى تلك الإعاقة كالسحايا والزهرى وغيرها ، أو التعرض للحرمان البيئى الشديد أو الصدمات الشديدة فى الرأس خلال مرحلة الطفولة .

وســـوف نتناول هذه الأسباب بالتفصيل عند التحدث عن أسباب التخلف العقلى بعد أن ننتهى من تناول تلك التصنيفات .

ثانياً : درجة شدة الإعاقة :

تعــتمد درجة شدة التخلف العقلى على نسبة الذكاء كمحك أساسى ، ومن هذا المــنطلق يضــم التخلف العقلى أربع فئات بحسب ما ورد فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) DSM-IV والتصنيف الدولى العاشر للأمراض (١٩٩٢) ICD-10 وذلك على النحو التالى :

أ – تخلف عقلى بسيط :

تتــراوح نســبة ذكــاء الأفــراد فى هذه الفئة بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ ومع أنهم يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء فإنهم يصبحون قادرين على استخدام الكلام أو اللغــة عامة لقضاء متطلبات الحياة اليومية ، ويصبح بإمكانهم إجراء الحوارات البسيطة مع الآخرين . كما يكتسب أغلب الأفراد فى هذه الفئة الاستقلال فى رعاية الذات بما يتطلبه ذلك من مهارات كتناول الطعام وارتداء الملابس والتحكم فى عمليتى الإخراج علــى ســبيل المثال إلى جانب بعض المهارات المهنية والمهارات اللازمة لأداء الأدوار الأســرية والأعمال المنزلية البسيطة وذلك على الرغم من أن معدل نموهم يكون أقل بكــثير من أقرانهم العاديين . وتتمثل الصعوبات الرئيسية بالنسبة لهم فى مهام الدراسة الأكاديمية إلى جانب بعض المشكلات السلوكية والانفعالية والاجتماعية . ويرى أحمد

عكاشة (١٩٩٢) أنه يمكن تحديد سبب عضوى مسئول عن التخلف العقلى لدى نسبة ضئيلة منهم ، كما أن بعض هذه الحالات يكون مصحوباً بالتوحد أو غيره من الاضطرابات النمائية أو الإعاقات الجسمية.

ب – تخلف عقلى متوسط :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد فى هذه الفئة بين ٤٠ إلى أقل من ٥٥ ويعد هؤلاء الأفراد بطيئون فى فهم واستخدام اللغة ، ويتأخر اكتسابهم للمهارات اللازمة لرعاية الذات والمهارات الحركية. أما مهاراتهم الأكاديمية فهى محدودة جدا ، ونادرا ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً كاملاً عندما يصلون إلى مرحلة الرشد. ومع ذلك فإنهم عادة ما يكونوا قادرين على التحرك بشكل تام مع تمتعهم بالنشاط البدنى ، كما يبدى غالبيتهم دلائل على نموهم الاجتماعى من خلال قدراتهم على التواصل والتفاهم مع الآخرين ومشاركتهم فى بعض الأنشطة الاجتماعية البسيطة. ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الصور الوصفية لقدرات هؤلاء الأفراد تتباين ، ففى حين يصل بعضهم إلى مستويات أعلى فى المهارات البصرية والمكانية قياساً بتلك المهام التى تعتمد على اللغة نجد أن بعضهم الآخر يتمتع بالتفاعل الاجتماعى والحوار البسيط. وفيما يتعلق بمستوى النمو اللغوى لأعضاء هذه الفئة فإنه يتباين بين ما يسمح لهم بالاشتراك فى حوارات بسيطة ، وما يسمح لهم بتوصيل احتياجاتهم الأساسية للآخرين، أو عدم استخدام اللغة مع أنهم يفهمون التعليمات البسيطة ويستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض هذا القصور اللغوي. وفى أغلب الحالات يمكن تحديد سبب عضوى معين للإعاقة ، وقد يعانى الأفراد من اضطرابات أخرى شديدة سواء كانت نمائية كالتوحد أو غير نمائية.

جـ – تخلف عقلى شديد :

وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد فى هذه الفئة بين ٢٥ إلى أقل من ٤٠ وتتشابه هذه الفئة مع الفئة السابقة فيما يتعلق بالصورة الإكلينيكية ، ووجود سبب عضوى

للإعاقــة، والحــالات المصاحبة لها. ويتسم الأفراد فى هذه الفئة بانخفاض مستويات الإنجاز بشكل عام مع المعاناة من خلل فى الحركة أو أنواع قصور أخرى مصاحبة تدل على وجود عيب تكوينى فى الجهاز العصبى المركزى .

د – تخلف عقلى شديد جداً (عميق) أو حاد :

وتقــل نسبة ذكاء الأفراد فى هذه الفئة عن ٢٥ ، ويكونوا غير قادرين بالمرة على فهــم أو تنفيذ التعليمات أو الأوامر ، ويكون أغلبهم غير قادر على التحكم فى التبول والتــبرز. ولا يستطيع هؤلاء الأفراد قضاء احتياجاتهم المختلفة، أو العناية بذواتهم مما يجعلهم فى حاجة دائمة إلى الاهتمام والرعاية والمتابعة. ويمكن فى الغالب التعرف على سبب عضوى للإعاقة ، كما تشيع أشكال العجز الشديدة التى تؤثر على عمل الحواس إلى جانب شيوع بعض الاضطرابات النمائية وغير النمائية.

ثالثاً : توقيت حدوث الإعاقة :

ويعتمد هذا التصنيف على الترتيب الزمنى لحدوث الإعاقة وما يمكن أن يؤدى إلى ذلــك مــن أســباب. ومن هذا المنطلق يمكن تصنيف الإعاقة بناء على عوامل قبل الولادة، أو أثنائها، أو بعدها وذلك على النحو التالى :

أ – قبل الولادة :

وتــرجع تلك الأسباب فى معظمها إلى عوامل وراثية جينية تترك آثاراً مباشرة على الجــنين من خلال المورثات والجينات التى تحملها كروموزومات الخلية التناسلية. وقد يــرجع ذلك أيضاً إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ومنها تعــرض الأم الحامل لأمراض الزهرى أو الجدرى أو أمراض القلب أو حمى الصفراء أو الحصــبة الألمانــية أو السحايا أو ضمور بالمخ أو إصابتها بالتسمم العضوى وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل . وإذا ما حدث ذلك فإنه يسبب تلفاً وضموراً فى مــخ الجنين ، ويؤثر سلباً على جهازه العصبى ، ويعوق نموه. كذلك فهناك العامل الريزيسى RH والذى يقصد به اختلاف دم الأم عن دم الجنين وهو ما يؤدى إلى عدم

نضـــج خلايـــا المـــخ لدى الجنين. وإلى جانب ذلك هناك إدمان الأم للمخدرات أو الكحولـــيات أو تدخين السجاير أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب ، أو اضطرابات إفراز غددها الصماء ، أو تعرضها للأشعة السينية (X) ، أو محاولات الإجهـــاض المتكـــررة مـــن جانـــبها. ومن هذه العوامل والأسباب أيضا الأمراض والاضطرابات الدماغية والتى تشمل العيوب المخية التى تنتقل عن طريق الجينات والتى قـــد يصـــحبها نمو شاذ فى الجمجمة قد يؤدى إلى صغر حجم الدماغ لدى الطفل أو كـــبره. كـــذلك هـــناك أسباب أخرى يأتى فى مقدمتها اضطراب تكوين الخلايا ، واضطراب التمثيل الغذائى ، وجميعها يسهم بشكل مباشر فى حدوث الإعاقة العقلية.

ب – أثناء الولادة :

ويحـــدث ذلـــك بسبب حالات الولادة غير الطبيعية كما هو الحال فى الولادات المتعســـرة حيث قد يترتب عليها حدوث إصابات فى الجمجمة نتيجة اضطرار الطبيب إلى استخدام الجفت أو الملاقط ، وقد تؤدى تلك الإصابات إلى حدوث خلل عقلى أو قصـــور فى بعض النواحى الإدراكية أو العقلية. كذلك فقد يتعرض الجنين إلى نقص الأكســـجين أثناء الولادة مما يؤدى أيضا إلى التخلف العقلى بسبب حدوث تلف أو ضمور فى خلايا المخ نتيجة لذلك.

جـــ – بعد الولادة :

قـــد يتعرض الطفل إلى بعض الحوادث أو الصدمات الشديدة بالرأس مما قد يؤدى إلى إصابة الدماغ. كما قد يتعرض لبعض الأمراض التى تؤدى إلى الإعاقة العقلية ومن أمثلتها الالتهاب السحائى meningitis أو الحمى الشوكية ، أو الحمى القرمزية ، أو التهاب الدماغ ، أو الزهرى ، أو الالتهاب الرئوى ، أو الحصبة ، أو يحدث اضطراب فى إفـــراز الغـــدد لديه وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية. وإضافة إلى ذلك هناك حـــالات سوء التغذية الشديدة أو نقص البروتينات خلال العام الأول من عمره ، أو الحرمان البيئى والثقافى وهو ما يمكن أن يؤدى إلى نفس النتيجة .

رابعاً : المظاهر الجسمية والأنماط الإكلينيكية :

يعتمد تصنيف التخلف العقلى فى ضوء هذا المنظور على تلك المظاهر الجسمية التى تصاحب حالات الإعاقة والتى يمكن تناولها على النحو التالي:

أ – القماءة أو القصاع : Cretinism

تنشأ هذه الحالة عن نقص إفراز الغدة الدرقية مما يؤدى إلى حدوث تلف أو ضمور فى المخ تظهر أعراضه بعد الشهر السادس من الولادة وذلك بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من الأم . وتتسم الحالة بقصر القامة بدرجة ملحوظة حيث لا يصل طول الفرد إلى ٩٠ سم مهما كان عمره الزمنى ، كما لا تزيد نسبة الذكاء عن ٥٠ ويصاب الطفل بالهبوط الحركى ، ويتسم بغلظة وجفاف الجلد ، وتضخم اللسان ، وتخشن الصوت ، وبروز البطن ، وسقوط الشعر . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أنه إذا عولج الطفل خلال السنة الأولى من عمره فإنه يشفى من هذه الأعراض وينمو نمواً سوياً ، أما إذا تخلف العلاج إلى ما بعد هذه الفترة فإن الأعراض الجسمية تتحسن ولكن يبقى القصور العقلى ويستمر مع الطفل .

ب – استسقاء الدماغ : hydrocephalus

وتتميز هذه الحالة بتضخم الدماغ وامتلائه بالسائل الشوكى أو المخي، وبروز الجبهة نتيجة لذلك مع ضمور فى أنسجة المخ نظراً للضغط المستمر لهذا السائل على المخ . ويصل محيط الرأس إلى ٧٥ سم ، وقد تنتج هذه الحالة عن إصابة الأم الحامل بالزهرى أو التهاب السحايا . ويتوقف مقدار الإعاقة على مدى التلف الذى حدث فى أنسجة المخ . ويتم أحياناً اللجوء إلى عملية جراحية لخفض هذا الضغط ، ولكن غالباً ما يصاب الطفل بإعاقة شديدة . ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذه هى الحالة الوحيدة فى الإعاقة العقلية التى يمكن فيها استخدام الجراحة .

جـ – كبر الدماغ : macrocephaly

وتتميز هذه الحالة بكبر محيط الرأس وزيادة حجم الدماغ بشكل عام، ويصاحب ذلــك زيــادة ملحــوظة فى حجم المخ خاصة الخلايا الضامة والمادة البيضاء. ويمكن ملاحظـــة هذه الحالة منذ العام الثانى من عمر الطفل حيث يمر عامان ونصف من عمر الطفل ولا تلتئم عظام الرأس، ومن المعروف أن المدة الطبيعية لالتئام هذه العظام يكون بـــين سن تسعة شهور وثمانية عشر شهراً. هذا وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٥ – ٥٠ ويصـــاحبها اضطرابات فى الإبصار وتشنجات تعرف بالتشنجات الطفلية infantile spasms ، وقد يكون للوراثة دور فى ذلك.

د – صغر الدماغ : microcphaly

وتتســـم هـــذه الحالة بصغر الجمجمة أو محيط الرأس بشكل واضح ومتفاوت مع باقى أعضاء الجسم مما يعرض الطفل للتخلف العقلى الشديد إذ أن صغر حجم الرأس أو الجمجمة يجعل عظام الجمجمة تضغط على المخ ولا تسمح له بالنمو. ويرجع سبب هذه الحالة إلى إصابة يتعرض لها الجنين فى الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، أو تعرض الأم للعدوى أثناء فترة الحمل مما يؤدى إلى التئام عظام الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح ذلــك بـــنمو حجم المخ نمواً طبيعياً حيث يكون ذلك فى الغالب قبل أن يصل الطفل الشـــهر التاسع من عمره. ويصاحب هذه الحالة حالات تشنج ، ونوبات من الصرع مع نشاط زائد. وقد ترجع هذه الحالة إلى إصابة الأم أثناء الحمل بالتهاب السحايا، أو تعرضـــها لأشعة X ، أو صدمات كهربية ، كما قد تكون الجينات المتنحية هى أحد الأسباب التى يمكن لها أن تؤدى إلى حدوث هذه الحالة.

هـــ – العامل الريزيسى : RH factor

وتحدث هذه الحالة بسبب اختلاف دم الأم عن دم الجنين ، وربما ترجع فى الأساس إلى اخـــتلاف دم الأم عـــن دم الأب فإذا كان دم الأم سالباً ودم الأب موجباً مثلاً ،

وورث الجـنين عـن الأب وأصبح دمه موجباً ، هنا يختلف دم الأم عن دم الجنين مما يؤدى إلى ما يلى :

١- تكوين أجسام مضادة .

٢- اضطراب فى توزيع الأكسجين .

٣- عدم نضج خلايا الدم لدى الجنين .

٤- تدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين .

وبالتالى فإن ذلك يؤثر فى تكوين المخ مما ينتج عنه تلف وضمور فى المخ ، ومن ثم الـتخلف العقلـي . ولـرعاية هذه الحالة ينبغى أن تتم عملية تغيير دم للطفل بشكل مستمر .

و - اضطراب التمثيل الغذائى (الأيض) metabolism

وتتسم هذه الحالة بالاضطراب فى تمثيل الدهون ، والبروتينات ، والكربوهيدرات . ويـرى سعيد العزة (٢٠٠١) أن هذا الاضطراب ينتقل عن طريق الجينات ، وهناك العديـد من المركبات والعناصر الكيميائية التى تسبب ذلك الاضطراب الجينى المسئول عن التخلف العقلي . وجدير بالذكر أن التخلف العقلى فى حد ذاته لا يكون موروثاً فى مثـل هـذه الحالة، ولكنه يحدث بسبب اضطراب الأيض أى التمثيل الغذائى أو عمليتى الهدم والبناء الناتج فى هذه الجينات عن اختفاء نشاط أنزيمى معين أو اضطرابه فيما يتعلق بالعمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات . ويظهر ذلك فى لـون الـبول ورائحته الكريهة حيث تزداد نسبة حامض الفينيل فى الدم مما يسبب تسـمم الـدماغ وهـو ما يؤدى إلى اضطراب فى الخلايا العصبية للدماغ ، ومن ثم التخلف العقلى الذى لا تزيد نسبة الذكاء فيه عن ٥٠ فقط، وتعد هذه الحالة موروثة كمـا أوضـحنا منذ قليل . ولرعاية هذه الحالة نقوم بتحديد نظام غذائى معين ويتم الالتزام به ، ويمكن التعرف على الحالة من خلال تحليل الدم .

خامساً : السلوك التكيفى :

يقوم هذا التقسيم على تحديد قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي، والاعتماد على النفس فى الحياة اليومية، أى السلوك الاستقلالى من جانب الفرد، وهو الأمر الذى نستخدم مصطلح السلوك التكيفى للدلالة عليه، ومن الأسباب التى تبرر اعتبار السلوك التكيفى أساساً ومعياراً فى تحديد الإعاقة العقلية بوجه عام والتخلف العقلى بصفة خاصة عدم وجود اتفاق على تحديد مفهوم معين للذكاء، أو اتفاق على مفهوم معين لتلك العوامل التى تقيسها اختبارات الذكاء ، أو حتى اتفاق معين على أخطاء القياس نفسها إلى جانب أن اختبارات الذكاء فى حد ذاتها لا تقيس جوانب النمو المختلفة سواء الاجتماعى منها أو الانفعالي، ويرى عبد العزيز الشخص (١٩٩٤) أنه يتم تقسيم الأطفال المتخلفين عقلياً بحسب نسب ذكائهم ودرجة تكيفهم الاجتماعى أو سلوكهم التكيفى على النحو التالي:

جدول (١) فئات المتخلفين عقلياً ونسب الذكاء المقابلة لها ودرجة التكيف الاجتماعى

الفئة فى السلوك التكيفى	البعد عن المتوسط فى الذكاء	مدى الدرجات المحددة لنسب التكيف
فئة المتفوقين	+ < ٢ ع	١٣٦ درجة فأكثر
فئة العاديين	+ ٢ ع	٨٥ — ١٣٥
فئة التخلف العقلى البسيط	- ٢ ع	٧١ - ٨٤
فئة التخلف العقلى المتوسط	- ٣ ع	٥٨ - ٧٠
فئة التخلف العقلى الشديد	- ٤ ع	٤٥ - ٥٧
فئة التخلف العقلى الشديد جداً	- ٥ ع	٤٤ درجة فأقل

ويتضح من الجدول أن نسب ذكاء الأطفال المتخلفين عقلياً تقل عن المتوسط بنسب تتراوح بين إنحرافين معياريين إلى خمسة إنحرافات معيارية ، وأن الدرجات المحددة لنسب التكيف الخاصة بهم تقل عن ٨٥ درجة ويتباين ذلك من فئة إلى أخرى من تلك الفئات الأربع التي يتضمنها التخلف العقلي.

سادساً : التصنيف التربوى :

يتم تقسيم المتخلفين عقلياً من المنظور التربوى إلى مستويات ثلاثة وفقاً للمواقف التربوية وذلك على النحو التالى :

أ – المتخلفون عقلياً القابلون للتعلم : educable

وهم يقابلون فئة التخلف العقلى البسيط الذين تتراوح نسب ذكائهم بين ٥٥ إلى أقل من ٧٠ والذين يصل عمرهم العقلى عند النضج إلى ما يوازى طفل فى الحادية عشرة من عمره فيحتاج الواحد منهم بالتالى إلى نوع من التربية الخاصة هو ما توفره مدارس التربية الفكرية حتى نستطيع القيام على تنمية قدراته الأكاديمية التي توازى هذا العمر العقلي.

ب – المتخلفون عقلياً القابلون للتدريب : trainable

وهم يقابلون فئة التخلف العقلى المتوسط الذين تتراوح نسب ذكائهم بين ٤٠ – ٥٥ والذين يصل عمرهم العقلى عند النضج إلى ما يوازى طفل فى التاسعة من عمره ، وبالتالى يتم تدريبهم على بعض المهام البسيطة مع تدريبهم على بعض المهارات البسيطة التي تساعدهم على أداء تلك المهام المختلفة التي ترتبط مثل هذه المهارات بها. كما يجب من جانب آخر أن يتم تدريبهم على بعض الحرف البسيطة حتى يتمكنوا من القيام بها فيما بعد، وأن نعمل على إيجاد عمل معين لهم يساعدهم على العيش.

جـ - المتخلفون عقلياً غير القابلين للتعليم أو التدريب :

uneducable or untrainable (custodial)

وهـم يقابلـون فئتى التخلف العقلى الشديد والشديد جداً أو الحاد ، والذين تقل نسب ذكائهم عن ٤٠ فى الفئة الأولى وعن ٢٥ فى الفئة الثانية ، والذين يصل عمرهم العقلـى عند النضج إلى ما يوازى طفل فى الثالثة من عمره. ويمكن فى بعض الحالات أن يسـتفيد الأطفال فى الفئة الأولى من تدريبهم على القيام ببعض العادات المختلفة ، ولكنهم مع ذلك يظلون هم وأقرانهم فى الفئة الثانية فى حاجة إلى رعاية خاصة.

أسباب التخلف العقلى :

يشـير سـعيد العـزة (٢٠٠١) إلى أن هالاهـان وكـوفمان Hallahan & Kouffiman يريان أن نسبة حالات التخلف العقلى غير المعروفة فى سببها العضوى تمـثل نسبة كبيرة بين حالات الإعاقة حيث تتراوح بين ٨٠ – ٩٤ % ويطلق على مـثل هـذه الحـالات اسم التخلف العقلى ذى الأسباب الثقافية الأسرية cultural familial وهو ما ينسبها إلى أسباب اجتماعية وثقافية متدنية تكون موجودة فى بيئة الطفل وتترك أثراً سلبياً عليه، وتؤدى إلى تخلفه العقلى مع أنه لا يتوفر حتى الآن دليل قـوى على صحة مثل هذا الافتراض وهو ما أكدت عليه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلـى حيث أرجعت ذلك إلى أسباب نفسية اجتماعية بدلاً من القول بأنها أسباب ثقافية أسرية وذلك فى مقابل الأسباب العضوية التى قد تؤدى إلى التخلف العقلى والتى تم حصرها فى ثمانية أسباب على النحو التالى :

١ – الإصابات والتسمم .

٢ – الإصابات والعوامل الجسمية .

٣ – الإصابات الدماغية العامة .

٤ – الشذوذ الكروموزومى .

٥ - اضطرابات الحمل.

٦ - اضطرابات عملية التمثيل الغذائى .

٧ - عوامل ما قبل الولادة (الوراثة والبيئة الرحمية) .

٨ - الاضطرابات النفسية للأم الحامل .

ومن ناحية أخرى يرى شتيرنبرج وجريجورينكو (١٩٩٩) Sternberg&Grigorenko أن للجينات الوراثية دوراً كبيراً فى حدوث الفروق الفردية بين الأفراد سواء كانوا عاديين أم غير عاديين ، وأن مثل هذه الفروق تحدث فى جميع جوانب الشخصية. وفيما يتعلق بمحور اهتمامنا هنا نجد أن تلك الجينات لها أثر كبير فى حدوث الفروق الفردية فى الدرجات الخاصة بنسب الذكاء حيث تسهم بدرجة كبيرة فى حدوث مثل هذه الفروق إذ أنه كلما كان التشابه الجينى بين شخصين معينين كبيراً تقاربت كثيراً نسب ذكائهما ، والعكس صحيح. وإذا ما عدنا إلى التخلف العقلى فسوف نجد أن تلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى إليه كثيرة ومتعددة ، ولا تقتصر على العوامل الجينية أو الوراثية فحسب ، بل إنها فى واقع الأمر تمتد إلى أبعد من ذلك لتشمل عوامل أخرى إلى جانبها يأتى فى مقدمتها العوامل البيئية. وهذه العوامل كمجموعة يمكن أن تضم تلك العوامل التى يمكن أن تؤثر على البيئة الرحمية وذلك بعد أن تكون السمات الوراثية قد انتقلت إلى ذلك الجنين الذى يكون قد تكون بالفعل فى ذلك الوقت، إلى جانب عوامل أخرى أسرية أو اجتماعية. وسوف نلقى الضوء على مثل هذه العوامل خلال الصفحات التالية.

أولاً : العوامل الوراثية :

تعد هذه العوامل مسئولة عن حدوث النسبة الأكبر من حالات التخلف العقلى والتى تبلغ حسب ما أوردته بعض التقارير والدراسات حوالى ٨٠ ٪ تقريباً من تلك الحالات وذلك لوجود تلف، أو ضمور، أو خلل فى خلايا المخ أو الجهاز العصبى المركزى وهو ما يؤدى بطبيعة الحال إلى إعاقة فى وسائل الإدراك، والوظائف العقلية

المخـــتلفة، وإلى حدوث صعوبات عدة فى عملية التعلم. وتلعب تلك العوامل دورها بطـــريق مباشر عن طريق الجينات الوراثية التى تحملها كروموزومات الخلية التناسلية ، أو بطريق غير مباشر عن طريق نقل الجينات لعيوب تكوينية يمكن أن تؤثر على أنسجة المخ وخلاياه ، وبالتالى تعوق نموه ووظائفه.

ويـــرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن هناك عوامل وراثية محددة تلعب دوراً هامـــاً فى حدوث التخلف العقلى إذ أنه قد يحدث شذوذ كروموزومى أو خطأ وراثى يمكن بالتالى أن يؤدى إلى حدوث أنماط مختلفة من الإعاقة كما يلى :

أ – شذوذ الكروموزوم (X) [أو ما يعرف بالكروموزوم (X) الهش]:

وتعد زملة أعراض شذوذ الكروموزوم (X) أو مـــا يعرف بالكـــرومـــوزوم (X) الهـــش The fragile x syndrome كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall بمـــثابة نمـــط مـــن تلـــك الأنماط التى يتضمنها التخلف العقلى والتى ترتبط بالشذوذ الكروموزومـــي. وينشـــأ هذا النمط عن وجود جزء منقبض أو متقلص عند نهاية أو طرف الكروموزوم (X) ، وهناك مجموعة من السمات الجسمية ترتبط به إلى جانب العديـــد من أوجه القصور المعرفية. وتتضمن السمات الجسمية قصر القامة ، والجبهة العريضـــة البارزة، والفك البارز، والأذنين الكبيرتين إلى جانب كبر اليدين والقدمين. ويـــرى مازوكو وآخرون (١٩٩٧) Mazzocco et. al. أن هذا النمط من التخلف العقلى يظهر بشكل كبير بين الذكور أو يتركز ظهوره بينهم ، ومع ذلك فعندما يظهر هذا النمط بين البنات فإنه عادة ما يرتبط باضطراب التوحد أى أن التشخيص يكون مزدوجاً فى مثل هذه الحالة.

ب – الفينيلكيتونوريا : PKU

وهـــناك اضطراب آخر يعرف بالفينيلكيتونوريا phenylketonuria الذى يكتب اختصاراً PKU والذى يتحدد بعوامل عضوية وأخرى وراثية. ويعد هذا الاضطراب بمـــثابة خطأ وراثى يتعلق بعملية الأيض أو الهدم والبناء metabolism ينشأ عن خمول

فى أنزيمات الكبد تؤدى إلى ظهور أحماض أمينية فى البول تجعل رائحته كريهة. وهناك فحوص طبية يمكن من خلالها التعرف على هذه الحالة وذلك منذ الأسبوع الثالث بعد الولادة. وجدير بالذكر أن الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب يكونوا فى الغالب عـــاديين عند الولادة ، ولكنهم إذا لم يعالجوا عند اكتشاف الحالة وذلك خلال العام الأول مـــن عمرهم فإن الأمر يتطور إلى حدوث التخلف العقلي. وتوضح الدراسات الحديثة أنه إذا تم تشخيص الحالة بدقة فى وقت مبكر من عمر الطفل ، وتم تحديد نظام غذائـــى معين للطفل بعد ميلاده بوقت قصير فإن الأمر لا يصل إلى حدوث التخلف العقلـــي، بـــل إن الطفـــل يكـــون عادياً. ومما لا شك فيه أن المورثات الحاملة لهذا الاضـــطراب تنتقل إلى الجنين فى شكل جين متنح ، فإذا تزوج الفرد الذى يحمل هذا الجـــين عندما يكبر من شخص آخر يحمل نفس الجين المتنحى فقد ينتج عن ذلك أن يولد لهما أطفال مصابين بهذا الاضطراب. وإذا كانت هذه الحالة موروثة فإن التخلف العقلـــى الناتج عنها ليس موروثاً كما أوضحنا من قبل، ولكن يعتبر نتيجة له. ويرى روبنشـــتين وآخـــرون (١٩٩٠) .Rubenstein et. al أن مثل هذا الاضطراب يعد نـــادراً إذ تـــبلغ نســـبة حدوثه بين الأطفال حالة لكل أربع عشرة ألف حالة ولادة. وتتراوح حدة التخلف العقلى الناتج عن هذه الحالة بين التخلف المتوسط إلى التخلف الشديد جدا. ولا يرتبط هذا الاضطراب بطبقة اجتماعية معينة أو بمستوى اجتماعى اقتصادى معين.

جـــ - حالات أخرى :

هناك عوامل وراثية وعضوية أخرى تلعب دوراً أساسياً فى حدوث التخلف العقلى يأتـــى فى مقدمـــتها إصابة الحامل بالعدوى ، أو تعرضها لبعض الأمراض المعدية ، أو تعرضـــها للتســـمم ، أو ســـوء الـــتغذية ممـــا قد ينتج عنه حدوث خطأ أو شذوذ كروموزومـــى ينتقل إلى الجنين من خلال المورثات. كذلك فإن الشذوذ فى تركيب الجمجمة بالنسبة للطفل أو تعرضه لإصابات شديدة بالرأس يؤثر على أجزاء معينة فى المـــخ وهـــو مـــا يؤدى إلى اختلال فى الأداء الوظيفى العقلى للطفل. وتعد العوامل

العضوية مسئولة عن حوالى ٧٠ % تقريبا من حالات التخلف العقلى الشديد ، وعن حوالى ٥٠ % تقريباً من حالات التخلف العقلى البسيط.

ثانياً : العوامل البيئية :

وتضـــم هـــذه العوامل نوعين رئيسيين من العوامل المسببة للتخلف العقلي، يرتبط الـــنوع الأول منهما بمجموعة العوامل التى تؤثر على الجنين وهو فى رحم أمه وتؤدى إلى إصابته بالتخلف العقلى فى حين يرتبط النوع الثانى بتلك العوامل التى ترتبط بالبيئة الاجتماعية للطفل والتى تلعب دوراً رئيسياً فى هذا الصدد. ويمكن تناول تلك العوامل كالتالى :

١ - البيئة قبل الولادية :

قد تتضمن تلك البيئة عدداً من المؤثرات السلبية التى قد يصل حجم تأثيرها الضار إلى تعطـــيل جانب كبير من قدرات الطفل العقلية. وجدير بالذكر أن هناك عدداً من العوامل التى قد تتعرض لها الأم الحامل والتى قد تؤثر سلباً على الجنين يأتى فى مقدمتها المشـــكلات الصـــحية سواء كانت عضوية أو نفسية ، وسوء التغذية ، والتدخين ، وتعاطـــى الكحولـــيات ، وتعرضها للعدوى أو للأمراض المعدية ، أو تعاطيها العقاقير دون استشـــارة الطبيب ، أو تعرضها للإشعاعات الضارة إلى جانب نقص الأكسجين عند ولادة الطفل. ويلخص عادل عبد الله (١٩٩١) هذه العوامل كالتالى :

أ- سوء التغذية :

من المعروف أن الجنين يحصل على متطلباته الغذائية من مدخرات الأم ، فإذا كانت تلك المدخرات كافية بمعنى أن غذاء الأم كان صحيحاً مناسباً فإن ذلك يساعد الجنين علـــى أن ينمو نمواً طبيعياً ، أما إذا كانت تلك المدخرات غير كافية نتيجة معاناة الأم مـــن سوء التغذية فإن ذلك لا بد أن يؤثر سلباً على نمو الجنين فينمو نمواً غير طبيعى ، وســـوف يؤثـــر ذلك عليه عند الميلاد ، ويؤثر على صحته مدى حياته. كذلك فقد

وجد العديد من الباحثين علاقة بين نقص التغذية خلال فترة الحمل خاصة البروتينات والفيتاميـــنات وبين وجود نقص جسمي يتعرض له الجنين ويؤثر عليه منذ ميلاده إلى جانــب حـــدوث خلـــل فى جهازه العصبى ، أو تعرضه للقصور فى قدراته العقلية، والاضطرابات النفسية، وتعرضه للعديد من الأمراض الجسمية المختلفة وهو الأمر الذى يتــرك أثـــراً سلبياً عليه. ومن هذا المنطلق فإن سوء تغذية الأم يعود سلباً على الطفل ويؤدى به إلى قصور فى قدراته الاجتماعية.

ب - الحالة الصحية للأم :

إن تعرض الأم لأى مرض معد خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يترك أثراً بالغاً على الجنين. فإصابتها بالسحايا أو الحصبة الألمانية على سبيل المثال قد يؤدى بالجنين إلى الصمم أو البكم أو التخلف العقلي. كما أن اضطراب إفرازات الغدد عند الأم من ناحية أخرى قد يؤدى بالجنين إلى أن يصبح متخلفاً عقلياً.

جـ - الحالة النفسية للأم :

تؤثر الحالة النفسية للأم بطريق غير مباشر على الجنين بشكل عام، فالمشاعر المتقلبة غير المستقرة التى قد تتعرض لها الأم الحامل تنعكس على النواحى الفسيولوجية المختلفة وهـــو الأمـــر الذى يؤدى إلى حدوث شيئين أساسيين يمكن لأى منهما أن يؤدى إلى حـــدوث الـــتخلف العقلى ، يتمثل الأمر الأول منهما فى إفراز الغدد لدى الأم وتغيير التـــركيب الكيميائـــى للدم ، بينما يتمثل الأمر الثانى فى حدوث ما يعرف بصعوبات الولادة.

د - عمر الأم :

تـــدل الأبحاث على أن السن الأمثل للأم كى تحمل خلاله يتراوح بين ٢٠ — ٣٥ ســنة حيث أن الحوامل بعد هذا السن قد يتعرضن للمرض، وقد يتعرضن لصعوبات بالغـــة أثناء الحمل ومثلها أثناء الولادة، كما قد يزداد احتمال إصابة أطفالهن بحالات

قصـــور عقلـــي. وقـــد أوضحنا من قبل العلاقة بين سن الأم الحامل وتعرض طفلها للقصور العقلي. كذلك فإن الحمل قبل سن العشرين قد تواكبه حالات ولادة مبتسرة وهو من العوامل التي يمكن أن تؤدى إلى القصور العقلي.

هـــ - تعرض الأم للإشعاع :

إن تعرض الأم الحامل لجرعات عالية من أشعة X (السينية) له تأثير بالغ الخطورة علـــى الجنين حيث يؤدى ذلك إلى القصور العقلى أو حدوث تشوهات جسمية إلى جانب أنه قد يؤدى إلى الإجهاض.

و - تعاطى الأم للعقاقير :

يـــؤدى تعاطـــى الأم للعقاقير دون استشارة الطبيب خاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل إلى تأثيرات سيئة على الجنين ، وأحياناً على الأم الحامل نفسها حيث قد يؤدى ذلك إلى ظهور أعراض فقر الدم عليها وحدوث النزيف الدموى قبل الولادة وبعـــدها، كمـــا قد يؤدى أيضاً إلى العديد من التشوهات الجنينية، أو بعض الأورام الســـرطانية، أو القصـــور العقلى . ومن المعروف أن تعاطى مثل هذه العقاقير خلال الشـــهور الـــثلاثة الأولى من الحمل حتى وإن كان لأغراض طبية يعود بالسلب على الجنين.

ز - التدخين والمشروبات الكحولية :

يـــؤدى قيام الأم الحامل بالتدخين إلى زيادة احتمال وفاة الوليد فى الأسبوع الأول من ولادته ، وزيادة احتمال أن يكون هذا الوليد أقل وزناً من أقرانه ، وأن يكون غير مكـــتمل الـــنمو وهـــو ما يترك أثراً سلبياً عليه فى العديد من الجوانب ومنها الجانب العقلـــي. أمـــا تعاطى المشروبات الكحولية أثناء الحمل فيؤثر فى معدل النمو الجسمى للأطفـــال ، وتـــزداد نسبة التشوهات الجسمية بينهم وخاصة فى الأطراف، والقلب، والمفاصـــل، والرأس، والوجه ، كما يؤثر سلباً على معدل ذكاء الأطفال ، وقد يؤدى

إلى الإعاقة العقلية. ويرى أرونسون وآخرون (١٩٩٧) .aronson et.al أن تعاطى الأم للكحوليات قد يعرض الجنين لما يعرف بزملة أعراض تعاطى الكحوليات fetal alcohol syndrome والتى تتضمن تأخراً فى النمو الجسمي والعصبى والعقلي. كما يرون أن الأطفال الذين يولدون لأمهات كن تتعاطين الكحوليات أثناء الحمل يتعرضون لمشكلات عديدة عقلية وسلوكية تستمر خلال مراهقتهم، ويكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأجنة الذين يتعرضون لمثل هذا الأمر أن يكونوا إما متخلفين عقلياً أو توحديين وهو الأمر الذى يعد من الآثار المباشرة لتلك المتلازمة.

٢ - البيئة الاجتماعية :

هناك العديد من العوامل التى تتضمنها البيئة الاجتماعية التى يشب الفرد فيها تترك آثاراً سلبية عديدة عليه. ومن هذه العوامل الحرمان الاجتماعى والنفسى الشديد فى الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم، وعدم توفر فرص التعليم ، والحرمان الثقافى ، والفقر وسوء أو تدنى الحالة الاقتصادية مع كبر حجم الأسرة ، وسوء التغذية على سبيل المثال. وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدى بالفرد إلى النضج العقلى والنفسى والاجتماعى والانفعالى حيث تؤدى به إلى ما يعرف بالجوع العقلى الذى يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه ، وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يحد كثيراً من نموه العقلي. كما أن التنشئة غير الملائمة لا تتيح الفرصة المناسبة لنمو الطفل العقلى حيث تعوق قدراته العقلية وإمكاناته الوراثية من الوصول إلى النضج ليس فى هذا الجانب فحسب ، بل فى جميع جوانب الشخصية. كذلك فإن الحرمان الاجتماعى فى الطفولة المبكرة يترك آثاراً سلبية على النمو العقلى للطفل وهو الجانب الذى قد تتم إعاقته فى هذه المرحلة سواء بسبب ذلك أو نتيجة لاضطرابات نفسية أو انفعالية أخرى. ومن ثم فإن هذه المجموعة من العوامل لها دور بالغ الأهمية فى هذا الصدد بحيث لا يمكن لنا أن نتجاهله بأى حال

مـــن الأحوال، بل إن علينا أن نوليه اهتمامنا، وأن نحاول الإقلال من أثره السلبى قدر الإمكان.

الوقاية من التخلف العقلى :

يذكـــر كمال مرسى (١٩٩٤) أننا عندما نطبق مفهوم الوقاية فى الصحة العامة والصـــحة النفســـية فى مجال الإعاقة العقلية عامة، وفى مجال التخلف العقلى على وجه التحديد فإنه يصبح لدينا مستويات ثلاثة من الوقاية يمكن تحديدها على النحو التالى :

أ - الوقاية الأولية : primary prevention

ويقصـــد بهـــا تلك الجهود والإجراءات التى يتم بذلها والعمل فى ضوئها وذلك فى ســـبيل رعاية الأجنة بهدف متابعتهم وتقليل فرص واحتمالات ولادة أطفال متخلفين عقلـــياً أو مشوهين وذلك بتوفير الرعاية للأم الحامل ، ومراجعتها المستمرة للطبيب ، واستشـــارته الدائمة فى كل ما تتعرض له ، وتغذيتها جيداً ، وحمايتها من أى أخطار يمكـــن أن تسهم فى ولادة طفل من هذا القبيل سواء تمثل ذلك فى شكل صدمات، أو أشعة، أو عقاقير، أو مخدرات، أو كحوليات، أو تدخين، أو أى نقص فى عنصر اليود، أو مـــا شابه ذلك. ومن هذا المنطلق يتم توفير التوعية اللازمة سواء من خلال زيارة الـــوحدات الصحية ، أو الزيارات المترلية ، أو حملات التوعية بوسائل الإعلام المختلفة إلى جانب الاهتمام بالإرشاد الزواجي، وإجراء الفحوص اللازمة للشباب المقبلين على الزواج ، وتوعيتهم بالأمراض الوراثية.

كـــذلك فنحن نرى أن الوقاية الأولية تتضمن من ناحية أخرى رعاية الأطفال منذ ميلادهم وحتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة ، وتوفير البيئة الملائمة التى تساعدهم على الـــنمو السوي. وخير شاهد على ذلك هو مشروع التأمين الصحى للأطفال وتلاميذ المدارس الذى تتبناه الحكومة فى الوقت الراهن. كما يتضمن هذا المستوى من الوقاية إلى جانـــب ذلـــك توفير الجو الثقافى الملائم الذى يمكن أن يساعد على النمو العقلى

السليم ، وخير مثال وشاهد على ذلك هو برنامج القراءة للجميع الذى تتبناه وترعاه السيدة/ سوزان مبارك.

ب - الوقاية الثانوية : Secondary Prevention

ويتمثل هذا النوع من الوقاية فى تلك الجهود والإجراءات التى تبذل وتتخذ فى سبيل تغيير وتحسين الظروف البيئية التى لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالتخلف العقلى ، والتى يمكن لها أن تؤدى إلى حدوث تلك الإعاقة. وهو الأمر الذى يمكن أن يقلل بدرجة كبيرة من احتمال أن تلعب تلك الظروف البيئية دوراً فى حدوث الإعاقة. هذا إلى جانب تقديم الرعاية المطلوبة لأطفال الأسر الفقيرة ثقافياً واجتماعياً وذلك منذ سن مبكرة فى حياتهم ، وتوفير السبل التى يمكن أن تسهم فى أن يتطور نموهم العقلى المعرفى ويستمر فى مساراته الطبيعية الصحيحة.

ونحن نرى أن خير مثال على ذلك يتمثل فى مشروع مكتبة الأسرة برعاية السيدة / سوزان مبارك ، والذى تشارك فيه جمعية الرعاية المتكاملة المركزية، ووزارات الثقافة، والإعلام، والتربية والتعليم، والإدارة المحلية، والشباب.

جـ - الرعاية الثلاثية : tertiary prevention

ويتمثل هذا المستوى من الرعاية فى تلك الجهود التى تبذل والإجراءات التى تتخذ فى سبيل رعاية المتخلفين عقلياً، وتعليمهم، وتأهيلهم ، وتشغيلهم فى أعمال مفيدة لهم، وتعود بالنفع والفائدة على مجتمعاتهم. وفى هذا الصدد تم تحديد وتخصيص ما يوازى ٥ % من الوظائف لأولئك الأفراد ذوى الإعاقات.

وخير شاهد على هذا المستوى من الرعاية من وجهة نظرنا يتمثل فى ذلك المشروع الذى تتبناه السيدة/ سوزان مبارك والذى يهدف إلى تطوير مدارس التربية الفكرية فى أنحاء الجمهورية بما يمكن معه تعليم وتدريب وتأهيل المعوقين عقلياً للانخراط فى المجتمع.

رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً :

يـــرى كـــندول (٢٠٠٠) kendall أن بـــرامج وأنماط الرعاية المقدمة للأطفال المـــتخلفين عقلـــياً قـــد تعددت منذ أن بدأت دول العالم المختلفـــة تهتم برعايتهـــم وتأهـــيلهم. ويمكن تصنيف مثل هذه الرعاية فى ثلاثـــة أنمـــاط أساسيـــة تتمثل فى الأنماط التالية :

١ - الإقامة placement

٢ - التعليم المدرسى education

٣ - التدخلات العلاجية interventions

وجدير بالذكر أن الإجراءات التى تتخذ فى كل نمط من الأنماط الثلاثة قد تعرضت لتغيرات كثيرة كان سببها الأساسى هو التطوير وذلك فى سبيل تقديم خدمات بشكل أفضـــل وتـــوفير أفضل سبل الرعاية والتأهيل وذلك حتى يتسنى لهم الاستفادة مما تبقى لـــديهم مـــن قـــدرات وإكسابهم بعض المهارات التى يمكنهم بمقتضاها أن يندمجوا مع الآخرين وأن ينخرطوا فى المجتمع. وسوف يتم تناول تلك الأنماط على النحو التالى :

أولاً : الإقامـــة :

يشـــير تعـــيين المكـــان الملائم للفرد المتخلف عقلياً وتسكينه فيه إلى إجراءات أو ترتيبات الإقامة التى تتخذ لهذا الفرد. ومن الجدير بالذكر أنه كان يتم فى الماضى وضع هؤلاء الأفراد فى مؤسسات عامة تقوم فقط على تقديم الرعاية النهارية أو اليومية لهم. ويعـــد ذلك ضرباً من ضروب الرعاية البديلة التى كانت تقدم للأطفال العاديين لفترة من النهار عندما يتطلب الموقف ذلك، غير أن الرعاية النهارية بالنسبة للأفراد المتخلفين عقلياً ليست بنفس الدرجة من الوضوح والتحديد حيث تم تفسيرها على أنها أى نوع مـــن الرعاية يتمثل فى نمط أو آخر من الأنماط الثلاثة التالية من البرامج التى يتم تقديمها للأفراد المتخلفين عقلياً والتى تتحدد فيما يلى :

أ- برنامج رعاية الطفل أثناء النهار لإتاحة الفرصة للتخفيف عن الوالدين من تلك الضغوط والتوترات التى يتعرضان لها على مدى أربع وعشرين ساعة يومياً من الرعاية لطفهما المتخلف عقلياً.

ب- برنامج إعدادى نهارى يهدف إلى مساعدة الطفل المتخلف عقلياً على الانتقال إلى المدرسة بمعنى أن هذا البرنامج يعد بمثابة برنامج تهيئة.

جـ- برنامج نهارى يهدف إلى توفير الرعاية بعد اليوم المدرسى للأطفال المنتظمين فى المدارس والذين لا تستطيع أسرهم أن تقدم لهم الرعاية اللازمة فيما بين انتهاء اليوم المدرسى وفترة المساء.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه البرامج تعمل على تقديم العديد من الأنشطة ذات الأهمية، وكانت تضم بين الأنشطة التى تقدمها لهؤلاء الأطفال بعض الخدمات التعليمية، والترويحية، والصحية ذات طبيعة خاصة حيث تم تصميمها بما يتفق مع الخصائص التى يتسم بها هؤلاء الأطفال حتى يتسنى فى النهاية إشباع ميول ورغبات هؤلاء الأطفال وذلك من خلال ما تتضمنه من ألعاب، وأدوات لعب ، وما يتم تقديمه لهم من خدمات متعددة، وبرامج صحية متباينة، إضافة إلى إعداد هؤلاء الأطفال للانتقال إلى المدرسة.

ومنذ الستينات من القرن الماضى ظهر ما يعرف بمراكز المجتمع المحلى Community Centers والتى تعمل على توفير مناخ أسرى شبيه بما يوجد فى المنزل ، وتوفير فرص التفاعل مع الآخرين، ومع البيئة المحلية التى ينشأ هؤلاء الأطفال فيها، وهو الأمر الذى يمكن أن يساعدهم على الاندماج مع الآخرين المحيطين بهم والانخراط فى مجتمعهم المحلي. وإلى جانب ذلك وفى سبيل تحقيق الأهداف المحددة لها عملت تلك المراكز على توفير الإشراف اللازم على الطفل وتوجيهه أثناء فترة وجوده فيها. وتتراوح الأهداف التى تتبناها مثل هذه المراكز والتى تقوم على أساس مجتمعى ، وتتسم برامجها بشبهها بالحياة الأسرية وتقديم الخدمات لكل شخص مقيم بها بين إعداد هؤلاء الأفراد

للانــدماج فى المجــتمع المحلى من خلال ما يعرف بالمراكز المرحلية halfway ، وتقديم الــرعاية الجماعية ، وتوفير الجو الأسرى خاصة فيما يعرف بمراكز الإقامة boarding والتى تعمل أيضاً على إعداد هؤلاء الأفراد للانخراط فى المجتمع. وسوف نعرض لذلك كما يلى :

أ – المراكز المرحلية : halfway centers

وتعمــل تلــك المراكز على تقديم الخدمات العلاجية قصيرة المدى للأفراد الذين لم يعودوا بحاجة إلى الرعاية الداخلية ، ولكنهم لا يزالوا يحتاجون فى الوقت نفسه إلى فترة مــن الإشــراف والعلاج حتى يستطيعوا الاندماج مع الآخرين فى مجتمعاتهم . ولذلك تعمــل هــذه المراكز على توفير مواقف للحياة الفعلية الواقعية يكتسب خلالها هؤلاء الأفــراد المهــارات الاجتماعية والمهنية اللازمة للأداء الوظيفى المقبول فى إطار المجتمع المحلى الذى ينتمون إليه.

ب – مراكز الرعاية الجماعية : Group care centers

وتقــدم هذه المراكز الرعاية الجماعية على أسس مجتمعية ، وتوفر برامج شبه أسرية للأفــراد المــتخلفين عقلياً الذين يحتاجون إلى إشراف يمتد على مدى الأربع وعشرين ســاعة يومــياً. ومن يلتحق بها من الأطفال يكون قادرا نوعاً ما على الرعاية الذاتية ولكنه فى الوقت ذاته يكون غير قادر على الحياة المستقلة. ولذلك يكون الإشراف فى تلــك المراكــز مباشــراً مع توفير الأنشطة الاجتماعية المتنوعة التى يتم تدريب هؤلاء الأطفال على المشاركة فيها.

جـــ – مراكز الإقامة : boarding centers

وتقــدم هــذه المراكز خدماتها للأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة، ولا يخضــع الأطفــال فيها لأى قواعد أو نظم باستثناء تلك التى تقرر بشكل عشوائى من جانــب إدارة كل مركز من تلك المراكز. كما أنه لا يوجد بها أى شكل من أشكال

الإشـــراف المباشر مما يتيح الفرصة لأى طفل متخلف عقليا أن يلتحق بالمركز فى أى لحظـــة. وتعمل البرامج التى يتم تقديمها من خلال مثل هذه المراكز على إعداد هؤلاء الأطفال للاندماج فى مجتمعهم المحلي. وربما يرجع عدم وجود إشراف مباشر فى تلك المراكز إلى أنها تقبل الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلى البسيط والذين يتمكنون مـــن خلال اشتراكهم فى الأنشطة المختلفة من الأداء السلوكى بشكل مقبول ومستقل إلى حد كبير.

ثانياً : التعليم المدرسى :

يصنف الأطفال المتخلفون عقلياً وفقاً للتصنيف التربوى إلى قابلين للتعليم، وقابلين للـــتدريب ، وغـــير قابلين للتعليم أو التدريب. وقد اهتمت دول العالم، ومؤسساته، وهيئاته المتخصصة منذ وقت طويل بتقديم الخدمات التعليمية للأطفال المتخلفين عقلياً مـــن فـــئة القابلين للتعلم وهم أولئك الذين يعانون من التخلف العقلى البسيط. وإلى جانـــب ذلـــك فقد تم ســـن القوانين التى تكفل لهم الحق فى أن يتلقوا هذا النوع من التعليم.

ويشـــير أمجد عبد الله (٢٠٠٠) إلى أن مصر كأحد المجتمعات النامية تهتم بتربية وتعلـــيم هؤلاء الأفراد منذ الخمسينيات تحقيقاً لمبادئ رعاية حقوق المعوقين عقلياً التى أصـــدرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة فى ديسمبر ١٩٧١ والتى تنص فى مادتها الثانية على حق الشخص المعوق عقلياً فى الرعاية الطبية المناسبة، والعلاج الجسمى ، وحقه فى أن ينال من التعليم، والتدريب، والتأهيل، والإرشاد ما يمكنه من تنمية قدراته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن. وقد حرصت السيدة الفاضلة سوزان مبارك على ذلك وتم عقد المؤتمـــر الأول للطفل المعوق فى أكتوبر ١٩٩٥ والذى أقر حق إتاحة الفرصة لمثل هذا الطفـــل المعوق كى ينال الرعاية التربوية والنفسية شأنه فى ذلك شأن الطفل العادى ، وصـــدر قانون الطفل رقم ٢١ لسنة ١٩٩٦ والذى جعل بمصر لأول مرة فى تاريخها قانوناً متكاملا للطفل يتضمن كافة الحقوق المتعلقة به ، ومنها ما يلى :

١ – حق الطفل المعوق فى التمتع برعاية خاصة :

تذكـــر المادة ٧٦ من قانون الطفل أن للطفل المعوق الحق فى التمتع برعاية خاصة اجتماعية، وصحية، ونفسية تنمى اعتماده على نفسه، وتيسر اندماجه، ومشاركته فى المجتمع.

٢ – مجالات اهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعوقين (إنشاء معاهد ومدارس لهم) :

تضـــمنت المـــادة ٧٨ من قانون الطفل مجالات اهتمامات الدولة بتأهيل الأطفال المعـــوقين سواء من جانب وزارة الشئون الاجتماعية، أو وزارة التربية والتعليم حيث يجـــوز لوزارة الشئون الاجتماعية الترخيص فى إنشاء المعاهد والمنشآت اللازمة لتوفير خـــدمات التأهـــيل للأطفال المعـــوقين وذلك وفقاً للشروط والأوضاع التى تحددها اللائحة التنفيذية ، كما أن لـــوزارة التربية والتعليم دوراً بارزاً فى هذا المجال حيث لها أن تنشـــئ مـــدارس أو فصـــولاً لتعلـــيـــم هؤلاء الأطفال بما يتلاءم مع قدراتـــهم واســـتعداداتهم . وتحـــدد اللائحة التنفيذية شـــروط القبول، ومناهج الدراسة، ونظم الامتحانات فيها .

٣ – الأحكام والقواعد التى يجب مراعاتها فى نظام التعليم للمعوق عقلياً :

هـــناك مـــن الأحكام والقواعد التى تتعلق بنظام التعليم للأطفال المتخلفين عقلياً ما كان موجوداً من قبل، واستمر العمل به حتى صدرت أحكام وقرارات أخرى فى هذا الشأن. وفى هذا الإطار يحدد القرار الوزارى رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ فى المادة ١٧٨ من اللائحـــة التنفيذية لقانون الطفل أن يكون نظام التعليم للمعوقين عقلياً الذى يتمثل فى التربية الفكرية وفقاً للأحكام التالية :

أ – فترة تهيئة :

وتـــبلغ مدة هذه الفترة سنتان ، وخطة الدراسة فيها عبارة عن تدريبات حسية، وعقلية، وفنية، ورياضية، وموسيقية.

ب – الحلقة الإبتدائية :

وتصـل مـدتها إلى ست سنوات ، وتتضمن حلقتين تتألف كل منهما من ثلاث سنوات . وتتضمن المواد الثقافية البسيطة إلى جانب المواد العملية المناسبة .

جـ – الإعدادية المهنية :

وتـبلغ مدة الدراسة بها ثلاث سنوات ، وتتضمن خطة الدراسة التدريبات المهنية، ويمـنح المتخـرج شهادة مصدقة بإتمام الدراسة بمرحلة التعليم الأساسى لمدارس التربية الفكرية .

وتتحدد شروط القبول بمدارس التربية الفكرية على النحو التالى :

- يقـبل الأطفال المتخلفون عقلياً الذين يتم تحويلهم إليها من المدارس الابتدائية، أو ممن لم يلتحقوا بالمدارس الابتدائية من سن ٦ – ١٢ سنة متى توافرت فيهم شروط القبول . ولا يجوز بقاء التلميذ بهذه المدارس بعد بلوغه ١٨ سنة فى أول أكتوبر من العام الدراسى .

- يجب أن تتوافر الشروط الطبية والنفسية التالية للقبول بهذه المدارس :

أ- أن تتراوح نسبة ذكاء المقبولين بها بين ٥٠ – ٧٠ .

ب- ألا تكون لدى المقبولين إعاقات أخرى غير التخلف العقلى تحول دون استفادتهم من البرنامج التعليمى الخاص بهم .

جـ- يوضع جميع التلاميذ المقبولين تحت الملاحظة لمدة لا تقل عن أسبوعين وذلك للتحقق من شروط الاستقرار النفسى ، ويتم إعداد تقرير عن حالة كل تلميذ أثناء الملاحظة يرفق بأوراق التحويل إلى العيادة النفسية .

د- لا يـتم القيد النهائى بالمدرسة إلا بعد إجراء الاختبارات النفسية والفحوص التى تقوم بها الجهات المختصة وذلك بعد أن يتم استيفاء الشروط السابقة .

وجدير بالذكر أن هناك أهدافاً متعددة تعمل مدارس التربية الفكرية على تحقيقها، ويمكن أن نقوم بإيجاز مثل هذه الأهداف فيما يلى :

أ - تدعيم الصحة النفسية كى تساعد على الشعور بالأمن .

ب - تنمية الثقة بالنفس .

جـ - تنمية القدرات البصرية، والسمعية، والحركية، والعقلية .

د - تنمية القدرة على الكلام والنطق الصحيح .

هـ - تنمية المهارات اللغوية والحسابية والمعلومات .

و - تنمية المهارات اليدوية .

ز - تنمية العادات والاتجاهات الاجتماعية السليمة، وغرس القيم الدينية والخلقية.

ح - تحسين العلاقات الاجتماعية مع أفراد المجتمع .

ط - تنمية العادات الصحية السليمة .

ى - إعداد التلميذ المتخلف عقلياً للحياة العملية وذلك بتدريبه على مهنة مناسبة.

ك - مساعدته على استغلال وقت الفراغ استغلالاً سليما عن طريق برنامج النشاط الترفيهى .

ل - تحقيق التكيف والتوافق الانفعالى والاستقلال الذاتى للطفل فى الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل للصحة النفسية وتوفير التوعية اللازمة، وتوطيد العلاقة بين المدرسة والمترل فى سبيل تحقيق مصلحة الطفل.

٤ - اعتبارات رعاية المتخلفين عقلياً :

هناك عدد من الاعتبارات التى ينبغى علينا فى ضوئها رعاية هؤلاء الأطفال يأتى فى مقدمتها الاعتبار الدينى والأخلاقى حيث يحثنا الدين والأخلاق على رعايتهم كما ورد فى الحديث الشريف (إنما ينصر الله هذه الأمة بضعيفها) و (إبغونى الضعفاء فإنما

تــرزقون بضعفائكم)، وهناك الاعتبار الاجتماعى الذى يقر حق كل فرد فى المجتمع أن يــنال الرعاية التربوية والنفسية المناسبة، أما الاعتبار الإنسانى الحضارى فينظر إلى حــق الشــخص المعوق كإنسان فى أن ينال الاهتمام الملائم، فى حين ينظر الاعتبار الاقتصادى إلى أن تربية هؤلاء الأطفال لها عائد إنتاجى حيث يمكن لنسبة كبيرة منهم تقــدر بحــوالى ٧٥ % تقــريباً إذا ما أحسنا توجيههم وتعليمهم أن يحققوا التكيف النفسي، والاجتماعي، والمهنى ،

ومــن هذا المنطلق تم وضع نظام تعليمى خاص بهؤلاء الأطفال تمثله مدارس التربية الفكــرية يراعى خصائصهم التى يجب وضعها فى الاعتبار عند تعليمهم والتى يجب أن تراعى من خلال إستراتيجيات التــدريس، والبرامج المقدمة لهم . ويعرض سعيد العزة (٢٠٠١) لهذه الخصائص على النحو التالى :

- عدم القدرة على التعليم بشكل فعال بل ببطء شديد ،
- عدم القدرة على تحقيق مستوى تعليمى مقبول ،
- انخفاض مستوى سرعة اكتساب المعلومات ،
- توقع الفشل فى التعليم بسبب عدم الكفاءة ،
- الافتقار إلى الدافعية الذاتية للتعلم ،
- الاعتمادية وعدم الثقة بالنفس ،
- يكون موضع الضبط لديهم خارجياً، وعادة ما يعزون الفشل للآخرين ،
- يعانون من مشكلات فى الانتباه، والتذكر، والتركيز، واللغة ،
- ضعف القدرة على تنظيم المعلومات ،
- عدم القدرة على استخدام إستراتيجيات التعلم الصحيحة ،
- ضعف انتقال أثر التعليم إلى المواقف المشابهة

- عدم الإتقان الكامل فى أداء المهام التعليمية ،
- زيادة نسبة نسيانهم للمعلومات التى يكونوا قد تعلموها ،
- عدم القدرة على تعميم أثر التعلم ،
- قدرة محددة على الرموز والتجريد ،

وجدير بالذكر أنه يتم فى هذه المدارس استخدام إستراتيجيات تدريس معينة وذلك لتسهيل تعلم هؤلاء الأطفال ، وتنظيم وترتيب بيئة التعلم بالنسبة لهم سواء فى المدرسة أو المنزل وذلك لإشباع حاجاتهم. وعلى الرغم من أن مثل هذه الإستراتيجيات قد تشبه تلك الإستراتيجيات التى يتم استخدامها فى الفصول العادية وذلك مع الأطفال العاديين فإن هناك بعض التعديلات التى يتم إدخالها عليها حتى تتناسب مع الأطفال المتخلفين عقلياً. ولكن يؤخذ على مدارس التربية الفكرية أنها تعزل هؤلاء الأطفال عن أقرانهم العاديين ، وتحد تماماً من اتصالهم بهم وتفاعلهم معهم . ولذلك فإن الاتجاه الحديث فى هذا المجال يعمل على دمجهم مع أقرانهم العاديين فى فصول ملحقة بالمدارس العادية . ومع أن مثل هذا الدمج لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً فى أغلب الحالات، بل يكون مجرد دمج جزئى وذلك فى حصص النشاط على الأقل ، إلا أنه مع ذلك له أهميته حيث يعمل – وهذا هو الأهم – على تغيير اتجاه الأطفال العاديين نحو أقرانهم المتخلفين عقلياً مما يزيد من إقبالهم عليهم وتفاعلهم معهم. وإن كانت هناك فوائد أخرى يمكن أن تعود على الأطفال المتخلفين عقلياً من جراء هذا الدمج فإن أهم تلك الفوائد فى رأينا هو ما ذكرناه من تغيير اتجاهات الأطفال العاديين تجاههم حيث يمكن أن يساعدهم ذلك فى تحقيق أى فوائد أخرى يمكن توقعها فى هذا الصدد. ومع ذلك كانت لدينا محاولات أخرى للدمج الكلي، إلا أن الدمج الكلى يتطلب الكثير من الإجراءات، والاستعدادت، والمقومات سواء البشرية أو المادية، إلى جانب الوقت، والجهد، والمال وهو الأمر الذى أرى أننا لا نستطيع أن نحققه فى الوقت الراهن على الأقل. ومع ذلك فقد كان الدمج الكلى يسير بشكل طبيعى فى مدارسنا لبعض

الحـــالات، ولكـــن ذلك كان يتم بشكل عشوائى بعيداً عن أى نسق محدد، أو فلسفة معينة لذلك، ومن ثم فقد كان ينجح أحياناً، ويفشل أحياناً أخرى. ومن هذا المنطلق فإن هذا الشكل لن يكون بطبيعة الحـــال هو ذلك الشكل أو النمط الذى نبحث عنه فى وقتـــنا هـــذا، بل ينبغى أن تكون هنـــاك فلسفة معينة، وإجراءات محددة، ونسق معـــين، وتدريس، وتدريب، وإرشاد، وإشراف يتم بشكل مخطط ومحدد وفق فلسفة معينة.

وقد أخذت محاولات الدمج شكلين بدأت بإلحاق المعوقين عقلياً بفصول العاديين، ثم تحـــولت إلى تعليمهم فى فصول ملحقة بالمدارس العادية. وعندما تم إلحاق الأطفال المـــتخلفين عقلـــياً بفصول العاديين رأى البعض أن ذلك يجعلهم يكتسبون الخصائص السوية، ويساعدهم على الاندماج معهم ومع الآخرين فى المجتمع. ولم يكن الأطفال المـــتخلفون عقلياً يخضعون للامتحانات التى تعقد لأقرانهم العاديين وإنما يتم نقلهم آلياً حتى نهاية المرحلة أو حتى يتركون المدرسة وإن كان ذلك قبل أن يتموا تلك المرحلة. إلا أن هذا النظام قد واجهته صعوبات عديدة تمثل أهمها فى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لم يســـتفيدوا من ذلك لأن أقرانهم الأسوياء يعدون فى مستوى دراسى أعلى بكثير من مستوى إدراكهم هم وتحصيلهم مما جعلهم مادة خصبة للتهكم، والسخرية، والنبذ من أقـــرانهم الأســـوياء ممـــا أثر سلباً على تكامل الفصول ونظام العمل بها إلى جانب أن المعلمـــين غير مؤهلين للعمل مع هؤلاء الأطفال ذوى القدرات العقلية المحدودة فكان الـــتفكير فى تخصـــيص فصول خاصة ضمن مدارس العاديين لتأهيل الأطفال المتخلفين عقلـــياً تحقـــق هدف دمجهم مع أقرانهم الأسوياء فى الأنشطة غير المدرسية مما يتيح لهم الـــتعامل، والتفاعل معهم، وإكسابهم العادات، والتقاليد السائدة فى الجماعة مع إتاحة الفرصـــة لهـــم للتحصيل بالمعدل الذى يتناسب مع قدراتهم العقلية، ومن ثم فإن هذا النظام لم يشعرهم بالنبذ، أو العزل، أو البعد عن أقرانهم العاديين.

ومن الأساليب والطرق المعاصرة التى تستخدم مع الأطفال المتخلفين عقلياً والتى بدأ استخدامها منذ أربعة عقود تقريبا طريقة التعليم المبرمج Programmed instruction

والتى تعد بمثابة مواد تعليمية أعدت بطريقة معينة بحيث يتم تقديم المعلومات والمهارات للتلاميذ بصورة تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم فى التعلم ، ويمكن وضع هذه المواد التعليميـــة فى كـــتب خاصـــة كـــأن تكتب التعليمات والأسئلة فى صفحة والإجابة الصـــحيحة فى صفحة تالية ، أو يكون هذا فى جزء من الصفحة، وذاك فى جزء آخر، ويطلـــب مـــن الطفل أن يقرأ التعليمات والأسئلة ويجيب عنها ، ثم يتأكد من صحة إجابـــته بالرجوع إلى الإجابات الصحيحة. كما يمكن أيضاً إعداد هذه المواد التعليمية بحـــيث تعرض بواسطة أجهزة تعليمية معينة فيتم تقديمها لهم بذلك على هيئة مثيرات بصرية.

وقد وضع جيمس إيفانز James Evans أسساً معينة لبرمجة مناهج المتخلفين عقلياً وذلك على النحو التالى :

أ - **مبدأ الخطوات الصغيرة : small steps** ويتم فيه تقسيم الموضوع إلى خطوات صغيرة يمكن للطفل استيعابها بسهولة .

ب - **مبدأ الاستجابة الفعالة أو النشطة : active responding** ويقوم على إعطاء الطفل الوقت الكافى كى يبحث عن الاستجابة الصحيحة بنفسه فيدونها كتابة أو يعبر عنها بيده. وبالتالى يكون إيجابياً فى التعلم .

جـ - **مبدأ التصحيح الفورى : immediate conformation** ويقوم على معرفة الطفـــل نتـــيجة تعلمه بسرعة فيعرف ما إذا كانت إجابته صحيحة أم خاطئة وذلك فور انتهائه من الإجابة وهو ما يساعده على سرعة التعلم.

د - **مبدأ الكفاءة الشخصية : self-pacing** ويقوم على إعطاء الطفل وقت كاف فى كل خطوة من خطوات البرنامج وذلك بحسب قدرته على التحصيل ، ومن ثم فالطفل هو الذى يحدد سرعته فى التعليم بنفسه .

هـ - **مبدأ اختبار البرنامج : program testing** ويقوم هذا المبدأ على مراجعة الـــبرمجة وتعديل الخطوات التى تحتاج إلى تعديل ، وتبسيط الخطوات التى يخطئ فيها كثير من الأطفال وذلك من خلال تجربة المنهج بعد برمجته .

ثالثاً : التدخلات العلاجية :

تشـــير الـــتدخلات العلاجـــية إلى تلـــك التدخلات التى تهدف إلى خفض حدة المشـــكلات الانفعالـــية والســـلوكية المصاحبة للتخلف العقلى إلى جانب ما يمكن أن يصـــاحبه أيضـــاً مـــن مشكلات واضطرابات نفسية. وتتضمن المشكلات المصاحبة للـــتخلف العقلـــى كمـــا يـــرى كندول (٢٠٠٠) Kendall اضطرابات معرفية كالهلاوس، واضطرابات انفعالية كالاكتئاب ، واضطرابات سلوكية كالعدوان وإيذاء الـــذات . كما يرى أن حوالى ٣٨ % - ٦٥ % تقريباً من المتخلفين عقلياً لديهم مشـــكلات سلوكية. كذلك فإن هذه التدخلات العلاجية تهدف إضافة إلى ذلك إلى تـــدريب هؤلاء الأطفال على مهارة معينة وإكسابهم إياها ، أو إكسابهم سلوك معين مقبول اجتماعياً ، والحد من سلوك آخر غير مقبول اجتماعياً. وسوف يتم تناول مثل هذه التدخلات من خلال إلقاء الضوء على جملة من الأساليب العلاجية الفعالة فى هذا المجال والتى نستعرضها فى النقاط التالية:

أ - العلاج الطبى .

ب - العلاج السلوكى .

جـــ - جداول النشاط المصورة .

د - العلاج باللعب .

هـــ - السيكودراما .

و - الإرشاد الأسرى .

ز - العلاج المعرفى السلوكى .

وســـوف يتم تناول هذه التدخلات العلاجية بشيء من التفصيل وذلك على النحو التالى :

١ - العلاج الطبى :

ممـــا لا شــــك فيه أن الهدف من العلاج الطبى لا يتمثل بأى حال من الأحوال فى الـــتخلص من التخلف العقلى أو تحسين القدرات العقلية للطفل، ويرجع ذلك إلى أن التخلف العقلى لا يعد مرضاً بل إنه يعتبر بمثابة حالة عامة ، ومن ثم فالهدف من العلاج الطـــبى يتمـــثل كمـــا يـــرى هاندن (١٩٩٨) Handen فى الحد من المشكلات السلوكية والانفعالية المصاحبة للإعاقة ، ومن أمثلتها السلوك الفوضوى ، والأعراض الذهانية ، والمشكلات المرتبطة بالانتباه. وتتركز الأعراض الذهانية فى الأفراد الأكبر ســـناً تقريباً الذين تصدر عنهم فى الغالب مشكلات سلوكية حادة. كما أن مضادات التشـــنج يتم استخدامها بانتظام وذلك بغرض التحكم فى تلك النوبات التى قد يصاب الطفـــل بهـــا . وإلى جانب ذلك هناك نسبة من الأطفال المتخلفين عقلياً يبلغ قوامها تقريباً ما بين ٩ - ١٨ % يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى المفرط ADHD وهو ما يتطلب علاجاً طبياً هو الآخر .

وعـــلاوة علـــى ذلك هناك علاج طبى للأم الحامل يعمل على الوقاية من حدوث الـــتغلب العقلـــى كأن تعطى التطعيمات اللازمة ضد الأمراض المعدية التى لها علاقة بالإعاقة العقلية ، ووقايتها من التعرض لأمراض فقر الدم والأنيميا ، ومراجعة الطبيب باستمرار أثناء الحمل ، والعمل على تجنب حدوث الولادة المتعسرة ، وإعطائها حقنة تتعلق بالعامل الريزيسى . ويجب أن نوضح أنه على الرغم من أهمية هذا الجانب الطبى فـــيما يتعلق بالأم الحامل فإنه فى الأصل يرتبط بالوقاية من الإعاقة مما يجعله ضرورياً. وإلى جانـــب ذلك فإنه تتم عملية تغيير دم للطفل الذى يعانى من الإعاقة نتيجة للعامل الريزيسى ، أما الطفل الذى يعانى من استسقاء الدماغ فيتم اللجوء إلى عملية جراحية (بـــذل) للتخلص من كمية من السائل المحيط بالمخ ، فى حين يتم تحديد نظام غذائى معين للطفل الذى يعانى من اضطراب التمثيل الغذائى .

٢- العلاج السلوكى :

تشبه التدخلات السلوكية التى تستخدم للحد من المشكلات السلوكية والانفعالية للمستخلفين عقلياً تلك التدخلات التى يتم استخدامها مع الأفراد العاديين مع بعض التغييرات فيها حتى تتلاءم مع المتخلفين عقلياً. وتعد التدخلات السلوكية هى أنسب التدخلات العلاجية معهم وأكثرها فائدة لهم.

وتركز برامج التدريب السلوكية على تعليم الأفراد المتخلفين عقلياً مهارات معينة للوصول بهم إلى أداء وظيفى أكثر تكيفاً. وتعمل مثل هذه البرامج على تطبيق نظام المكافآت التى تأخذ أشكالاً متعددة ، كما تعتمد أيضاً على استخدام التعزيز الاجتماعى كالابتسام، أو الثناء اللفظي، أو الربت على الظهر وهو الأمر الذى يكون له أثر إيجابى على هؤلاء الأفراد. هذا وقد تم استخدام الأساليب السلوكية بشكل جيد معهم فى سبيل الحد من سلوكهم الفوضوى أو غير المرغوب اجتماعياً ، أو للسيطرة على سلوكهم العدوانى ، أو لتدريبهم على استخدام التواليت ، أو ما شابه ذلك ، أو إكسابهم سلوكيات مرغوبة. ومن الفنيات التى يتم استخدامها فى هذا الصدد التلقين اللفظي ، والتقليد ، والنمذجة ، والتركيز على الاستجابة الصحيحة دون الخاطئة ، والتعزيز ، والتغذية الراجعة أو المرتدة .

وتكون البرامج السلوكية المستخدمة مع هؤلاء الأفراد إما برامج فردية يستطيع المرشد أو المعالج فى ضوئها أن يستخدم الأسلوب الإرشادى أو العلاجى المناسب مع كل حالة فى ضوء طبيعة المشكلة من ناحية، وخصائص الطفل المتخلف عقلياً من ناحية أخرى ، كما يمكن أن تكون برامج جماعية بشرط توفر عدد من المحكات الهامة من بينها ما يلى :

١- ألا يزيد عدد أفراد المجموعة العلاجية عن ستة أفراد .

٢- أن يكونوا جميعاً ممن يعانون من مشكلات متشابهة .

٣- أن تكون ظروف إعاقتهم وشدتها تقريباً واحدة .

٤- أن يكونـــوا متشـــابهين فيما بينهم من حيث العمر الزمني، والمستوى العقلي، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافي، ونسبة الذكاء .

٥- أن يتم تدريبهم جميعاً على نفس المهارة .

٣ – جداول النشاط المصورة :

يـــرى عـــادل عبدالله (٢٠٠٢) أن جداول النشاط المصورة تأتى فى إطار التوجه الســـلوكى فى تعديل السلوك، وتعد أحد أحدث الاستراتيجيات التى يتم استخدامها مـــع هؤلاء الأطفال، كما أنها تتبع أحدث التوجهات التى تنظم العمل فى هذا الإطار والتى تتمثل فى المثيرات البصرية حيث أنها تعمل على استخدام الصور الثابتة، ومع ذلك يمكـــن تطويعها واستخدامها كصور متحركة وذلك من خلال برنامج كمبيوتر، كما أن بإمكانـــنا أيضاً أن نستخدمها فى إطار التوجه الآخر الحديث فى هذا الصدد والذى يتمـــثل فى الإرشـــاد الأسرى وذلك من خلال تقديمها للوالدين، وشرح فكرتها لهما، وكيفـــية القيام بتصميم جداول شبيهة، ثم نطلب منهما أن يستمرا فى استخدامها مع أطفالهمـــا بالمنزل كنوع من استئناف التدريب عليها. وتهدف مثل هذه الجداول إلى تحقيق أهداف أو أغراض محددة تتمثل فى ثلاثة أهداف أساسية هى :

١- تدريب الطفل على السلوك الاستقلالي.

٢- إتاحة فرصة أكبر للاختيار أمام الطفل وتدريبه على القيام بذلك.

٣- تدريب الطفل على التفاعل الاجتماعي.

ونظراً لأن مثل هذه الجداول تعتمد فى الأساس على الصور المختلفة، كما تعتمد فى ذات الـــوقت على الأشياء أو أدوات اللعب الحقيقية التى يقوم الطفل باستخدامها فى ســـبيل القـــيام بـــذلك النشاط الذى تعكسه أى صورة تتضمنها أى صفحة من تلك الصفحات التى يتضمنها جدول النشاط المصور، والتى تعطى الإشارة للطفل كى يقوم بـــأداء هذا النشاط أو ذاك فإن جدول النشاط المصور عادة ما يتضمن خمس أو ست

صـــفحات تتضـــمن كل منها صورة واحدة تعكس نشاطاً معيناً ينبغى على الطفل أن يقوم به وذلك بالترتيب الذى يعرضه الجدول به على أن يقوم باستخدام تلك الأدوات الـــتى يتم إحضارها لهذا الغرض، ويتم وضعها على رف أو على منضدة مجاورة أمامه حتى يسهل عليه الحصول عليها كى يقوم بالنشاط المستهدف.

وحتى يمكن للطفل أن يقوم بذلك وفق هذا النسق الذى تقوم عليه جداول النشاط المصورة، فإنه ينبغى عليه أن يدرك الصور المتضمنة جيداً، وأن يتعرف على ما تتضمنه من أدوات مختلفة، وأن يقوم بإحضارها من حيث يتم وضعها حتى يقوم بذلك النشاط المستهدف، ولذلك فهناك ثلاث مهارات أساسية يتطلبها استخدام مثل هذه الجداول، ويتم إعداد جدول خاص بكل منها. وتتمثل هذه المهارات فيما يلى :

١- التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية.

٢- التعرف على الأشياء المتشابهة، وإدراكها، وتمييزها.

٣- إدراك التطابق بين الصورة وذلك الموضوع أو الشيء الذى تشير إليه.

كمـــا أن تلك الجداول تقوم في الأساس على تحليل الأنشطة المتضمنة إلى عدد من الخطـــوات و ـــــام الصغيرة التى تمثل فى مجملها ذلك النشاط الذى تعكسه الصفحة، ويمثل أداء تلك الخطوات أو المهام أو الوحدات الصغيرة أداء للنشاط المتضمن بالصورة الـــتى توجد فى الصفحة المستهدفة. ويتم أداء كل نشاط متضمن من خلال التدريب علـــى مكونات النشاط، والقيام بها أو أدائها بشكل صحيح. وتتمثل هذه المكونات فيما يلى :

١- فتح الجدول، وقلب صفحاته المتضمنة، والوصول إلى الصورة المستهدفة.

٢- الإشارة إلى تلك الصورة، ووضع الإصبع عليها، وتسميتها مع تحديد النشاط المطلوب.

٣- إحضار الأدوات اللازمة لأداء ذلك النشاط من حيث تم وضعها.

٤- القيام بالنشاط المستهدف .

٥- إعادة الأدوات إلى مكانها الأصلى الذى تم إحضارها منه .

وعلى الرغم من وجود خمسة مكونات لكل نشاط فإن بعض الأنشطة الاجتماعية لا تتضمن سوى ثلاثة مكونات فقط حيث لا تتطلب أدوات معينة لأداء النشاط المستهدف، وبالتالى لن يكون هناك إعادة للأدوات المستخدمة . كذلك فإن هناك إجراءات معينة لإعداد الجدول بما يضمه ويتضمنه من صور مختلفة، واستخدامه، وتدريب الطفل على أداء ما يتضمنه من أنشطة متعددة .

ومع أن مثل هذه الجداول قد تم إعدادها فى الأساس للاستخدام مع الأطفال التوحديين فإننا قد قمنا باستخدامها مع الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك فى مجموعة من الدراسات التى قمنا بها بغرض تعديل السلوك لمثل هؤلاء الأطفال . ولمزيد من المعلومات حول هذه الاستراتيجية، وكيفية استخدامها يمكن الرجوع إلى كتابنا " جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين " .

٤ – العلاج باللعب :

يرى سعيد العزة (٢٠٠١) أننا يمكن أيضاً أن نستخدم العلاج باللعب مع الأطفال المتخلفين عقلياً . ويمكن أن يتم هذا التدخل العلاجى إما بشكل فردى أو بشكل جماعى ، فإذا كانت مشكلات الفرد المتخلف عقلياً من النوع الذى ترتبط بالتكيف الاجتماعى فإنه يفضل استخدام النمط الجمعى فى حين إذا كانت تلك المشكلات من النوع الذى يتصف بالاضطراب الانفعالى فيفضل استخدام النمط الفردي . ويمكن من خلال العلاج باللعب الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعياً ، أو إكساب الطفل سلوك مرغوب ، أو حتى تنمية مهارة معينة لديه. ولذلك يجب أن تتوفر للعلاج باللعب غرفة تحتوى على أنواع وأشكال مختلفة من الألعاب وأدوات اللعب غير القابلة للكسر حتى لا يؤذى الطفل بها نفسه أو غيره.

٥ – السيكودراما :

يمكن استخدام السيكودراما كأحد التدخلات العلاجية فى هذا الصدد مما يعطى للطفل الفرصة من خلال لعب الدور وعكس الدور أن يعبر عن انفعالاته ورغباته

المكـــبوتة بشكل حر مما يعمل على تفريغ الشحنات الانفعالية المكبوتة لديه. ومن ثم تعـــد الســـيكودراما وسيلة جديدة للتنفيس عن تلك الشحنات ، ويمكن استخدامها لتحقيق نفس الأهداف التى نعمل على تحقيقها باستخدام أى أسلوب آخر من أساليب العلاج النفسى . ومع ذلك لا بد من الحذر الشديد حتى لا نخلط بين كل من الدراما والسيكودراما.

٦ – الإرشاد الأسرى :

وتهـــدف برامج الإرشاد الأسرى إلى إشراك أحد الوالدين، أو كليهما، أو أعضاء آخرين من النسق الأسرى فى العديد من البرامج التى يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال. ولا تركز تلك البرامج على مشكلات الطفل المتخلف عقلياً فحسب، بل تركز أيضاً على مشـــاعر أعضاء الأسرة تجاه هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل معهم مستخدمة فى ذلك إجـــراءات تعديل السلوك فى سبيل تربية طفلهم ذى الاحتياجات الخاصة. ولا يخفى علينا أن مثل هذه البرامج أو غيرها لا تهدف إلى القضاء على التخلف العقلى لأنه كما أوضـــحنا مـــن قبل حالة وليس مرضاً ، ولكن تلك البرامج تهدف إلى السيطرة على بعض الاضطرابات المصاحبة مما يساعد الفرد المتخلف عقلياً وذلك بدرجة كبيرة فى أن يحـــيا بشكل أفضل ، وأن يستفيد مما تبقى لديه من قدرات وإمكانات ، وأن يسلك بشكل مستقل ومقبول.

وإلى جانـــب ذلـــك فقد استخدمنا فى بعض الدراسات التى قمنا بإجرائها نمطاً من الإرشـــاد الأسرى يقوم على إرشاد والدى هؤلاء الأطفال فى سبيل استئناف تدريب أطفالهمـــا هـــؤلاء على استخدام جداول النشاط المصورة فى السياق الأسرى بغرض تحســـين مســـتوى تفـــاعلاتهم الاجتماعية. وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية هذا الأسلوب الإرشادى فى هذا الصدد مما أدى إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لهـــؤلاء الأطفـــال المتخلفين عقلياً من جراء ذلك. كذلك فقد تم اللجوء الأسرى فى مقابـــل جـــداول النشـــاط المصـــورة، ثم الجمع بينهما كنوع من الإرشاد أو العلاج

التكاملـــى. كما يمكن إلى جانب ذلك إرشاد الوالدين إلى ضرورة استخدام الأساليب التـــربوية السليمة فى تنشئة أطفالهما المتخلفين عقلياً والتى تتطلب البعد عن الأساليب الســـلبية حتى لا نزيد من مشكلات مثل هؤلاء الأطفال. ومن هذه الأساليب الحماية الـــزائدة ، والنـــبذ ، والإهمال ، والتفرقة فى المعاملة، ومعاقبتهم جسدياً، والرفض وعـــدم التقبل ، والحرمان . والأهم من ذلك هو اتجاهاتهما واتجاهات أعضاء النسق الأســـرى نحـــو أبنائهم المتخلفين عقلياً ، وتدريب هؤلاء الأبناء على القيام بالأدوار الأســـرية والأعمـــال المترلـــية البســـيطة مما يساعدهم على التكيف مع البيئة المحيطة، والاندماج مع من فيها.

٧ - العلاج المعرفى السلوكى :

تعـــد فئة ذوى الإعاقة العقلية بوجه عام والمتخلفين عقلياً على وجه الخصوص كما يـــرى عـــادل عبد الله (٢٠٠٠) من أكثر الفئات التى لم تتلق أى اهتمام من قبل فى التطبـــيق الإكلينيكى للعلاج المعرفى السلوكى ، وربما يرجع ذلك إلى أن أعضاء هذه الفـــئة تنقصـــهم الكفـــاءة العقلية والقدرة على التنظيم الذاتى . self- regulation وبالتالى فإن الاهتمام بهذه الفئة واتساع نطاق تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى عليها يمـــثل تطوراً جديداً لكل من العلاج المعرفى السلوكى والاهتمام بأعضاء هذه الفئة إذ يعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجى على ذوى الإعاقة العقلية من الاتجاهات الحديثة فى هـــذا المجال بدأ فى نهاية الثمانينيات وازدهر خلال التسعينيات ، وازدادت الدراسات التى تناولته زيادة كبيرة تعكس هذا الاهتمام المتزايد .

وإذا كـــان هذا الأسلوب العلاجى يهتم بالضبط الذاتى للسلوك من جانب أعضاء هـــذه الفئة فإن هناك اتجاهين للعلاج المعرفى السلوكى يرتبطان بالمتخلفين عقلياً يقوم الأول منهما على التعليم الذاتى self-instruction أو التنظيم الذاتى self-regulation لتعديل السلوك ، ويهتم بتدريب أعضاء هذه الفئة على أداء مهارات معينة مع مراعاة العجـــز الموجـــود لدى هؤلاء الأفراد فى الأداء اللفظى ، ومن ثم كان يقوم الباحثون

بانــتقاء أفــراد عينالهم ممن هم عند حد أدنى معين فى الأداء اللفظى حيث يعتمد هذا الاتجــاه علــى التعلــيمات اللفظــية الذاتية . أما الاتجاه الثانى فقد تطور عن مناهج وأســاليب العلاج النفسى ، ويهتم بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التى يعانى منها أعضاء هذه الفئة والتى تعتبر محصلة لمعارفهم المشوهة بما تتضمنه من صور واستنتاجات وتقيــيمات تعد الاضطرابات السلوكية نواتج لها. ويسير هذا الاتجاه فى ضوء اتجاهى بــيك Beck وإليس Ellis . وفى هذا الإطار قام تراور وآخرون Trower et. al. فى نهايــة عقــد الثمانينيات بتطوير نموذج فى إطار هذا المنحى العلاجى يعد بمثابة نموذج للحــدث – الاعــتقاد – النتيجة antecedent - belif - consequence والتى تكتب اختصـــــاراً ABC على غرار نموذج إليس يصلح للاستخدام مع الأطفال المتخلفين عقلــياً . ومــع ذلــك يظــل استخدام هذا النموذج فى العلاج يتطلب ثلاثة أشياء أساسية هى :

أ – أن يقــوم الفــرد بتمييز وتحديد الحدث (الحدث) والفكرة المستنتجة المرتبطة بــه (الاعتقاد) والنتيجة السلوكية أو الانفعالية المترتبة عليه (النتيجة).

ب – أن يدرك الفرد أن النتيجة ترتبط تماما بالاعتقاد وليس بالحدث .

جـ – أن يدرك الفرد أن الاعتقاد عرضة للتحقق من صحته.

ومــن الأســاليب أو التكنــيكات العلاجية التى تستخدم مع أفراد هذه الفئة تلك الأســاليب الســلوكية ذات المكــون المعرفى ، ومن أهمها الضبط أو التنظيم الذاتى للســلوك، والــتدريب على التواصل. ويعرف التنظيم أو التعليم الذاتى للسلوك بأنه تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغير فى سلوك الفرد والتى تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلــك. وهــناك برنامج مقترح يتضمن ست خطوات لتعليم التنظيم الذاتى للأطفال ذوى الحاجــات الخاصة بوجه عام ومن بينهم بطبيعة الحال أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً. ويمكن عرض هذه الخطوات كالتالى :

١ – الشرح والتفسير والمناقشة : explanation

ويعـــنى مناقشة السبب الذى من أجله نعتبر نمطاً سلوكياً معيناً أو مهارة معينة على درجة كبيرة من الأهمية .

٢ – التعيين : identification

ويعـــنى مساعدة الطفل فى التعرف على أمثلة أو نماذج من السلوك الذى يتم تدريبه عليه .

٣ – النمذجة : modeling

ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوب تعلمها أو السلوك المستهدف.

٤ – التمييز : differentiation

ويعنى تعليم الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج الملائمة وغير الملائمة من السلوك.

٥ – لعب الدور : role- playing

ويمارس الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع وجود تغذية راجعة أو مرتدة.

٦ – التقييم : assessment

ويـــتم الـــتأكد على فترات منتظمة من أن الطفل قد اكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت .

وإلى جانـــب ذلـــك يتم تدريب هؤلاء الأطفال على التواصل ، ويتضمن ذلك العديـــد مـــن عناصر الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ويعمل على خفض حدة السلوك غير المرغوب فيه ، ويمكن توظيفه فى العديد من المواقف المختلفة سواء كان التواصـــل رمـــزيا أو غير رمزى حيث يمكن تدريبهم على جذب انتباه الآخرين أو الاهـــتمام بهـــم أو طلب الطعام على سبيل المثال . وهناك عدد من العوامل تلعب دوراً هاماً فى تعليم هؤلاء الأفراد التنظيم الذاتى للسلوك والتواصل يأتى فى مقدمتها

دمجهـــم مع أقرانهم العاديين فى المدرسة حيث يتيح ذلك أمامهم متسعاً من الخيارات لـتعلم المهـــارات المطلوبة ، ويساعد فى الاستجابة بشكل مناسب لحاجات هؤلاء الأفراد ، ويوفر لهم العديد من الأساليب كى يصبحوا أكثر خبرة فى السيطرة على سـلوكهم والـتحكم فـيه ، ونقـل أثـر التدريب إلى مواقف أخرى شبيهة ، والاسـتخدام الجيد للغة وهو الأمر الذى يساعدهم على تحقيق الاستقلالية بشكل مقبول .

هـذا ويمكـن استخدام ذلك الأسلوب العلاجى لتدريب الأطفال المتخلفين عقلياً علـى حـل المشـكلات الاجتماعية وذلك بعد تدريبهم بطبيعة الحال على المهارات الاجتماعـية مـن خلال الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك إذ يختلف حل المشكلات الاجتماعـية عن التدريب على المهارات الاجتماعية ، ففى حين يعمل التدريب على المهارات الاجتماعية على اكتساب الطفل استجابات تتناسب مع المواقف الاجتماعية الـتى يمـر بهـا فإن حل المشكلات الاجتماعية يشير إلى عملية اكتشاف سلسلة من التصرفات أو السلوكيات لها فاعليتها فى مواجهة المشكلات اليومية وهو ما يأتى بعد الـتدريب بطبـيعة الحـال، أى أن الـتدريب على المهارات الاجتماعية يسبق حل المشـكلات الاجتماعية ، وبالتالى يمكن تطبيق حل المشكلات الاجتماعية على عدد كـبير من المواقف ، كما يمكن تعميمه على مشكلات يحتمل ظهورها فى المستقبل . ويحـتاج الأطفال المتخلفون عقلياً إلى كم كبير من التدريب على هذا الأسلوب نظراً لوجـود تلك الأنماط من السلوك الاجتماعى غير المرغوب التى تصدر عنهم . ولذلك فهـناك اقتـراح يـرى تدريب هؤلاء الأفراد على هذا الأسلوب العلاجى فى خمس خطوات على أن تتراوح مدة التدريب بين أربعة إلى ثمانية أسابيع ولا تتعدى ذلك مع زيـادة عدد الجلسات خلال هذه الفترة بقدر المستطاع ، واستخدام الأسئلة القصيرة إلى جانب التعزيز المستمر . وتتمثل هذه الخطوات فيما يلى :

١ - التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديدها .

٢ - التفكير الموجه لتحقيق أغراض معينة .

٣- التفكير الوسيلى أو الذى يتضمن الغاية والوسيلة .

٤- التقييم واتخاذ القرار .

٥- التوصل إلى الحل .

هـذا ومن المهارات الاجتماعية التى يمكن تعليمها لهؤلاء الأطفال التواصل بالعين، والتعبير الوجهى ، والإبقاء على المسافة الاجتماعية ، وخصائص الصوت ، والترحيب بالآخرين ، والتحدث مع الآخرين ، واللعب والعمل مع الآخرين ، ولفت الانتباه، أو طلب المساعدة . ويمكن تحقيق ذلك خلال ست خطوات كالتالى :

١ - **التحديد أو التعيين :** ويعنى تحديد المهارة المستهدفة وبيان أهميتها.

٢ - **نمذجة المهارة :** وذلك بتقديمها من خلال نموذج سواء كان النموذج حياً أو رمزياً من خلال الفيديو أو الأفلام أو أفلام الكرتون .

٣ - **التقليد :** ويعنى محاولة الطفل أن يؤدى نفس المهارة التى يكون قد تم أداؤها أمامه.

٤ - **التغذية الراجعة :** ويمكن استخدام الفيديو مثلاً لتوضيح أنه لم يؤد المهارة المطلوبة كما ينبغى مما يسهم فى تحسين أدائه.

٥ - **إتاحة الفرصة أمام الطفل لاستخدام المهارة :** وذلك من خلال إشراكه فى العديد من الأنشطة المتنوعة .

٦ - **التعزيز :** ويتم بشكل مادى أو لفظى كالمكافأة أو الثناء .

أمـا فيما يتعلق بالاضطرابات الانفعالية فلا تزال هناك صعوبات عديدة تحول دون استخدام العلاج المعرفى السلوكى معها بشكل مناسب وذلك بالنسبة للمتخلفين عقليـاً. وتتمثل غالبية هذه الصعوبات فى تلك الخصائص التى يتسم بها هؤلاء الأفراد جسمياً، وانفعالياً، وعقلياً، واجتماعياً، وسلوكياً، إلى جانب الظروف البيئية المحيطة .

كمـــا أن الخلـــل الموجود فى النسق المعرفى لأعضاء هذه الفئة لا يجعل لديهم معارف ثابـــتة، ويتـــرتب على ذلك أن يصبح من الصعب التأكد من أن التغيرات التى سوف تحدث تعود إلى هذا الأسلوب العلاجى أم لا ٠

- نماذج حديثة من التدخلات العلاجية :

هناك نموذجان أساسيان يعدان فى طليعة الاتجاهات الحديثة التى يتم استخدامها فى التدخلات العلاجية المختلفة للأطفال المتخلفين عقلياً حيث تقوم تلك البرامج على أحد هذين النموذجين ، الذين يتمثلان فيما يلى :

أ - نموذج تحليل العمليات :

يقـــوم هـــذا النموذج على أن هناك اضطرابات داخلية لدى الطفل تعد هى المسئول المباشر عن المشكلات السلوكية والأكاديمية التى يتعرض لها٠ ولذلك يجب أن تكـــون الـــبرامج العلاجـــية والتـــربوية بمثابة برامج تعويضية تعمل أولاً على معالجة الاضـــطراب الداخلى (الأسباب) وليس الأداء السلوكى أو الأكاديمى (النتيجة)٠ ومـــن الاضطرابات الداخلية لدى الطفل المتخلف عقلياً اضطرابات إدراكية حركية ، أو بصـــرية إدراكية ، أو نفسية لغوية ، أو سمعية إدراكية ٠ ولذا يتم تدريب الطفل علـــى المهارات الإدراكية والحركية كالوضع الجسمى ، والتوازن الجسمى ، والتصور الجسمى ، وإدراك الأشكال ، وإدراك الاتجاهات ٠

ب - نموذج المهارات :

ويعمل هذا النموذج على تحليل أنماط الاستجابات غير المناسبة، ويتحدد سبب المشـــكلة فى ضـــوء هذا النموذج فى الطفل وليس الاضطراب الداخلي، ولذلك يتم اللجـــوء إلى تحليل المهارات ، والتدريب المباشر والمتكرر ، والتقييم المباشر والمتكرر لمســـتوى التحسن فى أداء الطفل٠ ويمكن أن تدخل جداول النشاط المصورة فى إطار هـــذا النموذج حيث يتم من خلالها تعليم الطفل وتدريبه على مهارات معينة وأنشطة مـــتعددة مـــن خلال التدريب على مكونات النشاط ، وتكرار التدريب ، والتوجيه

ســـواء اليدوى أو اللفظى ، والإشارات التى تهدف إلى تذكرة الطفل بما ينبغى عليه أن يفعـــل ، إلى جانب التعزيز . ويمكن أيضاً من خلالها تعليم الطفل العديد من المهارات المخـــتلفة كالمهـــارات الاجتماعـــية ، والمهـــارات اللغوية ، والمهارات السلوكية ، والمهـــارات الحـــركية ، وغيرها من المهارات الحياتية المختلفة التى يكون من شأنها أن تصل بالطفل إلى السلوك الاستقلالى .

تأهيل المتخلفين عقلياً :

تـــرتبط بـــرامج التأهيل بمرحلة المراهقة ، وتعمل على إعادة الفرد الذى يعانى من قصـــور بـــدنى أو عقلـــى إلى المجتمع بحيث يندمج فيه، ويتوافق معه بما فيه ومن فيه ، ويعـــتمد علـــى طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن . ويعنى التأهيل habilitation مســـاعدة أولئك الذين لديهم جوانب قصور ارتقائية تبدأ منذ وقت مبكر من حياتهم علـــى تحقـــيق الاستقلالية والاندماج فى المجتمع ، أما إعادة التأهل rehabilitation فتعنى إعادة الفرد المتخلف عقلياً إلى المجتمع ، واندماجه فيه بشكل أكثر توافقاً . وفى مجال التربية الخاصة يتم استخدام هذين المصطلحين بنفس المعنى ، وسواء كان هذا أم ذاك فـــإن المقصود به هو الاستخدام المتكامل والمنسق للوسائل الطبية، والاجتماعية، والتعليمية، والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد المتخلف عقلياً بما يؤدى إلى تحسين قدراتـــه الأدائية ، ويساعده بالتالى على أن يتمكن من الاندماج فى المجتمع . وإذا تم التعامل مع الجوانب المهنية للفرد المتخلف عقلياً ، وتمت محاولة تنمية قدراته المهنية بما يساعده على أن يصبح فرداً منتجاً فإن ذلك يرتبط تماماً بالتأهيل المهني . vocational هذا وتعتمد فلسفة التأهيل ومبادئه على عدد من المبادئ من أهمها طبيعة الفرد المعوق وخصائصـــه المميزة ، وحقه فى المساواة مع أقرانه العاديين فى المجتمع ، وحقه فى تقرير مصـــيره ، وحقه فى المشاركة بفاعلية فى حياة المجتمع والاندماج فيه ، والتركيز على جـــوانب القوة لديه ، وتنمية سلوكياته ومهاراته وقدراته المختلفة إلى جانب الاهتمام بتعديل وتغيير الظروف البيئية .

ومـــن الجديـــر بالذكر أن عملية التأهيل تتم فى خطوات متتابعة وذلك على مدى ثـــلاث مراحل تتمثل أولاها فى دراسة الحالة وتقييمها حيث يتم إجراء الدراسة الأولية اللازمة والحصول على أى بيانات قد تفيد فى عملية التأهيل ، ثم إجراء التقييم اللازم فى الجـــوانب الطبية، والنفسية، والاجتماعية، والمهنية، والتعليمية حيث يتم من الناحية الطبـــية التعرف على المشكلات التى ترتبط بالنواحى الجسمية ، والتعرف على العيون المرتبطة بالحواس، والنطق، والكلام، والقوام، وغير ذلك من الاضطرابات المختلفة التى قد تعانى منها الحالة . ومن الناحية النفسية يتم تقييم الأداء العقلى للفـــرد المعـــوق (الحالـــة) وتحديد نسبة ذكائه ، والوقوف على جوانب القصور فى سلوكه التكيفى وذلـــك مـــن خلال استخدام أحد مقاييس السلوك التكيفى أو البدائل المتاحة ، وإلى جانب ذلك قد يتطلب الأمر التعرف على ميول هذا الفرد اهتماماته . بينما يتم من الناحـــية الاجتماعـــية التعـــرف على ظروف الفرد ونشأته وظروف أسرته ، وأهم الحاجات الاجتماعية له ولأسرته . أما من الناحية المهنية فيتم التعرف على الخصائص المهنـــية للفرد وميوله واستعداداته وقدراته المهنية وإمكانية قيامه بأعمال فعلية معينة . ومـــن الناحية التعليمية يتم التعرف على مستوى الفرد فى الكتابة والقراءة والحساب . بيـــنما تتمثل المرحلة الثانية فى التشخيص والإرشاد ، وتتم من خلال تشخيص الحالة بدقـــة وتحديـــد أوجه القصور التى تعانى منها وذلك من خلال التقارير التى تكون قد تجمعت لدى المرشد والتى تساعده على تشخيص الحالة بدقة ، وتحديد حاجات الفرد فى المجالات المختلفة. يلى ذلك تقديم الإرشاد اللازم وذلك بالاشتراك مع أسرة الفرد المتخلف عقلياً ، ثم إعداد خطة التأهيل الفردية اللازمة له ، وتحديد الخدمات التأهيلية التى يجب أن تقدم له . فى حين تتمثل المرحلة الثالثة فى تقديم الخدمات اللازمة لتأهيل تلـــك الحالة سواء بدنياً ويتضمن ذلك الرعاية الصحية ، وإجراء الجراحات اللازمة ، وتـــوفير ما قد يحتاجه الفرد من أجهزة تعويضية ، وتصحيح عيوب القوام ، أو كان التأهـــيل مهنياً من خلال إكسابه مهارات تتعلق بالمهنة التى وقع الإختيار عليها وذلك بتجـــزئة سلوك العمل إلى مكونات أو أجزاء صغيرة أى مهام مع استخدام التعزيز عند

إتمـــام كـــل مهمة ، أو كان ذلك فى شكل برامج تعديل السلوك أو برامج التدريب على التوافق الشخصى والاجتماعى من خلال التدريب على السلوك التكيفى وتعديل الســـلوك وعـــلاج بعـــض المشكلات المتخصصة كمشكلات النطق والكلام التى قد يتعـــرض لها على سبيل المثال . يلى ذلك إلحاق الفرد بعمل معين يكون قد تم تدريبه علـــيه وتأهـــيله من هذا المنطلق ، ثم متابعة الحالة للوقوف على مدى الاستفادة من البرنامج ، ومتابعة مدى تطورها للتأكد من مدى تحقق الأهداف ومدى اندماج الفرد فى المجتمع .

ويجـــب عند تأهيل حالات التخلف العقلى أن يتم استبعاد الحالات ذات الإعاقات المـــتعددة حـــيث يتم تأهيلها فى مراكز أخرى متخصصة فى ذلك . ويتم التأهيل من خـــلال مكاتب التأهيل المنتشرة فى أنحاء كثيرة والتى تقدم خدمات التوجيه والإرشاد المهنى وتعتمد على مصادر وإمكانات البيئة فى ذلك ، فتستخدم المستشفيات الموجودة والمـــدارس ومعاهد التدريب والورش والمصانع ، وما إلى ذلك . أما مراكز التأهيل المتخصصة فتشتمل على معظم خدمات التأهيل من الناحية الطبية ، والتدريب المهنى ، والـــتدريب علـــى الاستقلالية ، والتوافق ، والخدمات الاجتماعية . كما أن تلك المراكـــز تعمل على توفير الإقامة الداخلية لبعض الحالات التى يتم تأهيلها فيها . ومن ناحـــية أخرى فإن مراكز التأهيل الشاملة تضم أكثر من فئة واحدة من فئات الإعاقة وتعمل على تقديم التأهيل اللازم لها .

• • •

المراجـــع

١- أحمد عكاشة (١٩٩٢)؛ الطب النفسى المعاصر. ط٨- القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- أسماء عبدالله العطية (١٩٩٥)؛ تنمية بعض جوانب السلوك التكيفى لدى عينة مـــن الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق.

٣- أمجد محمد عطية عبدالله (٢٠٠٠)؛ مدى فاعلية برنامج مقترح للرعاية التربوية والنفســية فى تنمــية بعض جوانب الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. رســالة ماجســتير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

٤- جمـــال محمد سعيد الخطيب (١٩٩٢)؛ تعديل السلوك للأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين. عمّان، دار إشراق للنشر والتوزيع.

٥- ســعيد حســنى العزة (٢٠٠١)؛ الإعاقة العقلية. عمّان، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

٦- ســعيد عــبدالله دبيس (١٩٩٨)؛ فاعلية التعزيز التفاضلى للسلوك الآخر فى خفــض السلوك العدوانى للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. ندوة علم النفس وآفاق التنمية فى دول مجلس التعاون الخليجي. كلية التربية جامعة قطر.

٧- عـــادل عـــبدالله محمد (٢٠٠٢)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.

٨- عـــادل عـــبدالله محمد (٢٠٠٠)؛ العلاج المعرفى السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة، دار الرشاد.

٩- عـــادل عـــبدالله محمـــد (١٩٩١)؛ اتجاهات نظرية فى سيكلوجية نمو الطفل والمراهق. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠- عبدالرحمن سيد سليمان (١٩٩٩)؛ سيكلوجية ذوى الحاجات الخاصة. ج٤ - الأساليب التربوية والبرامج التعليمية. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

١١- عبدالعزيـــز السيد الشخص (١٩٩٧)؛ اضطرابات النطق والكلام؛ خلفيتها- تشخيصها- أنواعها- علاجها. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

١٢- عبدالعزيـــز السيد الشخص (١٩٩٤)؛ مدخل إلى سيكلوجية غير العاديين. القاهرة، المكتبة الفنية الحديثة.

١٣- عـــبدالمطلب أمين القريطى (٢٠٠١)؛ سيكلوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط٣- القاهرة، دار الفكر العربي.

١٤- عمـــر بـــن الخطاب خليل (١٩٩١)؛ التشخيص الفارق بين التخلف العقلى واضـــطرابات الانتباه والتوحدية. مجلة دراسات نفسية، م١، ج٣، ص ٥١٣- ٥٢٨.

١٥- كمـــال إبـــراهيم مرسى (١٩٩٩)؛ مرجع فى علم التخلف العقلي. ط٢- الكويت، دار النشر للجامعات.

١٦- كمـــال إبـــراهيم مرسى (١٩٩٤)؛ التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلى ودور الإرشـــاد النفسى فيه. المؤتمر الدولى الأول لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس.

١٧- محمــد محروس الشناوى (١٩٩٧)؛ التخلف العقلي؛ الأسباب- التشخيص- البرامج. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٨- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩)؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD-10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكيــة: الأوصــاف السريريــة (الإكلينيكــية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسى بكلــية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

19.American Psychiatric Association(1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.,DSMIV,Washington,DC:author.

20.Aronson, M.et.al. (1997) ; Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow up study. Developmental Medicine and Neurology, v39, n4.

21.Einfeld,S.L. & Aman,M.(1995); Issues in the taxonomy of psychopathology in mental retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders, v25, n1.

22.Handen, B.L. (1998) ; Mental retardation. In E. Mash & R. Barkley (eds.);Treatment of childhood disorders. 2nd ed.,New York: Guilford Press.

23.Hook, E.B.et.al. (1990); Factual, statistical and logical issues in the search for a paternal age effect for Down syndrome. Human Genetics, v85, n3.

24.Johnson, C.R.et.al.(1995) ; Psychiatric and behavioral disorders in hospitalized preschoolers with developmental disabilities. Journal of Autism and Developmental Disorders, v25, n1.

25.Kendall, Philip C.(2000); Childhood disorders. UK; Crownwall,TJ International Ltd.

26.Madle, R.(1990); Mental retardation in adulthood. In M.Hersen & C.Last(eds.); Handbook of child and adult psychopathology:A longitudinal perspective. New York: Pergamon Press.

27.Mazzocco, M.et.al.(1997); Autistic behaviors among girls with fragile X chromosome. Journal of Autism and Developmental Disabilities, v27, n3.

28.Rubenstien, J.L.et.al.(1990) ; The neurobiology of developmental disorders. In B.Lahey&A.E.Kazdin(eds.); Advances in clinical child psychology, v13. New York: Plenum Press.

29.Scott, S.(1994); Mental retardation. In M.Rutter;E.Taylor;& L.Hersov (eds.); Child and adolescent psychiatry. Oxford, UK: Blackwell.

30.Sternberg, R.J.& Grigorenko,E.(1999); Genetics of childhood disorders. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v38, n4.

31.World Health Organization WHO (1992); International Classification of diseases. 10th ed., ICD-10. Geneva, author.

• • •

الفصل الثالث

اضطراب التوحد

مقدمة

يعد اضطراب التوحد autism وهو اضطراب نمائى عام أو منتشر شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفى العقلى للطفل سلباً من جرائه، ويكون مستوى ذكاء الطفل فى حدود التخلف العقلى البسيط أو المتوسط. وهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بهذا المجال على أن اضطراب التوحد يعتبر إعاقة عقلية معقدة، وأنه من هذا المنطلق يعد إعاقة عقلية واجتماعية فى ذات الوقت. ووفقاً لتلك الإحصاءات التى نشرها الاتحاد القومى لدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك فى يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية حيث أصبح متوسطها ١: ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التى نشرتها الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America فى عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤- ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى أن تجاوز اضطراب التوحد متلازمة أعراض داون فى الترتيب بعد أن كانت تلك المتلازمة تسبقه، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثانى أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً، ولا يسبقه فى ذلك سوى التخلف العقلى فقط، أما متلازمة أعراض داون فتأتى بعده مباشرة .

ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب كاضطراب نمائى عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى، وليس على الجانب العقلى أو الجانب الاجتماعى فقط، بل إن الواقع يشهد أن أغلب جوانب النمو تتأثر به. وهو الأمر الذى ينفرد به هذا الاضطراب دون سواه من الإعاقات العقلية الأخرى سواء التخلف

العقلي، أو متلازمة أعراض داون حيث لا يوجد فى أى منهما ما يمكن أن يكون كذلك. ومن بين تلك الجوانب التى يمكن أن تتأثر بمثل هذا الاضطراب ما يلى :

١- الجانب العقلى المعرفي.

٢- الجانب الاجتماعي.

٣- الجانب اللغوى وما يرتبط به من تواصل.

٤- الجانب الانفعالي.

٥- اللعب.

٦- السلوكيات.

هذا وقد شهد اضطراب التوحد تغيرات متعددة فى تصنيفه وتشخيصه، ولا يخفى علينا أن كل تغير من هذه التغيرات يمكن أن يمثل مرحلة معينة من تلك المراحل التى مرت بها عملية التشخيص والتصنيف تلك. ففى البداية لم يكن هذا الاضطراب معروفاً قبل أن يكتشفه ليو كانر Leo Kanner عام ١٩٤٣ أثناء دراسته لسلوكيات مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً، ووجد أن ما يصدر من سلوكيات عن أولئك الأطفال يختلف بدرجة كبيرة فى جوانب كثيرة منه عما يصدر عن أقرانهم المتخلفين عقلياً، وهنا أكد كانر أنهم يمثلون فئة أخرى غير التخلف العقلى بطبيعة الحال. وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نمط من فصام الطفولة مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحاً كما سنوضح فيما بعد. وفى عام ١٩٤٤ اكتشف الطبيب النمساوى هانز أسبرجر Hans Asperger متلازمة أعراض مرضية تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد سميت باسمه فيما بعد Asperger`s syndrome ولكنها لا تتفق مع اضطراب التوحد- مع أنها أحد أنماطه- إلا فى وجود اضطراب أو قصور فى الجانب الاجتماعي للطفل، إلى جانب بعض مشكلات بسيطة فى الجانب اللغوى بينما تكون نسبة الذكاء مرتفعة، ومن ثم فإن هناك موهوبين من بين أولئك الذين يعانون من هذه المتلازمة.

ومع ظهور أول إشارة لذلك الاضطراب فى دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وذلك فى الطبعة الثالثة منه DSM- III فى عام ١٩٨٠ ثم فى الطبعة الثالثة المعدلة من ذات الدليل DSM-III-R فى عام ١٩٨٧ تمت الإشارة إليه على أنه اضطراب سلوكي. ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الاضطراب حيث تظهر أعراضه على شكل تلك السلوكيات، ويمكن الاستدلال عليه من خلال مثل هذه السلوكيات حتى وقتنا الراهن، فإن ذلك لم يعد كافياً بالمرة، وأصبح يتم النظر إلى ذلك الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM- IV فى عام ١٩٩٤ على أنه اضطراب نمائى عام أو منتشر pervasive developmental disorder له انعكاساته السلبية على العديد من جوانب النمو الأخرى وفى مقدمتها الجانب العقلى المعرفى لدرجة أن هناك كما أوضحنا من قبل شبه إجماع على أنه إعاقة عقلية معقدة، بل إنه يعد أحد ثلاثة أنماط أساسية للإعاقة العقلية، وثانيها انتشاراً على مستوى العالم وذلك بحسب معدلات انتشاره.

وهناك آراء تعتقد أنه لو أننا أضفنا إلى معدلات انتشار مثل هذا الاضطراب تلك المعدلات أو النسب أو الحالات التى تم تصنيفها (بشكل خاطئ) فى كل مرحلة من تلك المراحل التى مر بها هذا الاضطراب فى تشخيصه على أنها تعانى منه وذلك بحسب ما كان يطلق عليه آنذاك سواء فصام الطفولة، أو اضطراب سلوكي، أو ما إلى ذلك فإننا سوف نلاحظ دون شك أن هناك أعداداً إضافية سوف يتم إضافتها إلى النسب الحالية وهو ما يمكن أن يغير من الصورة الراهنة إلى درجة كبيرة أو صغيرة بحيث يحدث تغير من جراء ذلك.

الاضطراب النمائى العام أو المنتشر

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائى عام أو منتشر pervasive developmental disorder ومن الجدير بالذكر أن مصطلح الاضطراب النمائى العام أو المنتشر يستخدم فى الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التى

يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصورا حادا فى عدد من المتغيرات التى يكون من شأنها أن تميزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى هى :

١- نمو الطفل المعرفي،

٢- نموه الاجتماعى ،

٣- نموه الانفعالى ،

٤- السلوك،

ويعد ذلك بطبيعة الحال هو الأمر الذى يؤدى إلى حدوث تأخر عام فى العملية النمائية بأسرها وهو أمر منطقى حيث أن تأثيره السلبى كما أوضحنا لا يقف مطلقاً عند حدود جانب معين أو اثنين فقط من جوانب النمو، بل يتجاوز ذلك بكثير ليؤثر على غالبية مثل هذه الجوانب تأثيراً من شأنه أن يؤدى بها إلى التأخر عما يحدث فى الظروف والأحوال العادية وهو الأمر الذى يفسر إطلاق مثل هذا الاسم عليه إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر إلى أنه يترك آثارا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة،

ويرى لورد وروتر (١٩٩٤) Lord & Rutter أن اضطراب التوحد قد أصبح فى الوقت الحالى يمثل أكثر هذه الاضطرابات شيوعا فى المجالين البحثى والإكلينيكي، واتضح من خلالهما أن الأطفال التوحديين يظهرون أوجه قصور شديدة فى عدد من الجوانب المختلفة وذلك على النحو التالى :

١- التفاعل الاجتماعى وإقامة العلاقات مع الآخرين،

٢- اللعب بين الشخصي،

٣- التواصل،

وتعمل أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة المتخلفين

عقليا فى كثير من هذه السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينهما فى حالات عديدة هو فرق فى الدرجة ليس فى هذه السمات فحسب، بل فى سمات أخرى عديدة سوف نتناولها على مدى حديثنا عن تلك الفئة وهو الأمر الذى جعل من اليسير كنتيجة لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل خاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى نتمكن من تقديم البرامج المناسبة لكل منهما .

هذا وقد توصلنا نحن من خلال سلسلة الدراسات التى قمنا بإجرائها على الأطفال التوحديين والتى تندرج فى الغالب تحت قسمين رئيسيين يتمثل أولهما فى تلك الدراسات التشخيصية الفارقة التى قمنا خلالها بالمقارنة بين هؤلاء الأطفال وبين أقرانهم المتخلفين عقلياً، أما القسم الثانى فإنه يمثل تلك الدراسات البرنامجية التى تم خلالها اللجوء إلى برامج مختلفة فى سبيل إكسابهم مهارة معينة، أو سلوك معين، أو الحد من سلوك آخر غير مرغوب عادة ما يصدر عنهم توصلنا إلى ما يشبه البروفيل الخاص بكل منهما كفئتين مستقلتين؛ المتخلفون عقلياً، والتوحديون وإن ظل مثل هذا البروفيل محدوداً بتلك المجالات التى تمت دراستها . ولذلك فإننا سوف نستعين بما توصلنا إليـــه (عادل عبدالله ٢٠٠٢- أ) وما هو معروف عنهم من خلال ما كشفت عنه الدراسات المختلفة التى تم إجراؤها فى هذا الإطار كى نصل إلى بروفيل عام يميزهم، أو بالأحرى يميز كل فئة منهم . وتتمثل الخطوط العريضة أو المعالم الرئيسية لمثل هذا البروفيل فيما يلى :

١- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين فى مستوى النمو اللغوى عامة وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية حيث تتضح تلك الفروق فى كم المفردات اللغوية، وكم وكيف التراكيب اللغوية، والاستخدام اللغوي، والمشكلات اللغوية أو حتى الاضطرابات اللغوية .

٢- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين فى مهارات الأداء أو التطبيع الاجتماعى بشكل عام وذلك كما يعكسه أداؤهم الوظيفى الاجتماعي، وما يضمه ويتضمنه من مهارات اجتماعية واهنة أو واهية يغلفها القصور سواء كانت مهارات لفظية أو غير لفظية. وإضافة إلى ذلك هناك قصور من جانب الأطفال التوحديين فى التواصل بشكل يفوق ما يوجد بالنسبة لأقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تعلق ذلك بمهارات التواصل التعبيرى أو حتى بمهارات التواصل الاستقبالي.

٣- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين فى الدرجة الكلية للسلوك التكيفي، ولا يخفى علينا أن القصور الدال فى السلوك التكيفى وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لكلتا الإعاقتين معاً، كما أن أى نمط آخر من أنماط الإعاقة العقلية يجب أن تنطبق مثل هذا الشرط عليه حتى يصبح كذلك. إلا أن هذا القصور يزداد بدرجة دالة فى حالة الأطفال التوحديين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً، أو حتى من أى فئة أخرى من تلك الفئات التى تتضمنها الإعاقة العقلية حيث ترتبط تلك الإعاقة فى أساسها بقصور فى السلوك التكيفى عامة وما يتعلق به من مهارات مختلفة.

٤- لا تختلف الفئتان فى الجوانب الأخرى للسلوك التكيفى والتى تتمثل بحسب المقياس المستخدم فيما يلى :

أ- الأداء الوظيفى المستقل، وهو الأمر الذى يتعلق بالاستقلالية فى الأداء حيث من المعروف أن هناك قصوراً فى هذا الجانب تتسم به الفئتان معاً.

ب- أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفى المستقل، ونظراً لوجود قصور فى استقلالية الأداء بالنسبة للفئتين معاً فإن هناك قصوراً مماثلاً فى هذا الجانب أيضاً، إلا أنه من الممكن تحسين ذلك من خلال اتباع برامج سلوكية معينة فى إطار التوجهات الحديثة فى هذا الصدد.

جـ- النشاط المهنى – الاقتصادى ، وهو ما يرتبط أيضاً بالعنصرين السابقين، كما أن القصور فى كل منهما ينعكس عليه هو الآخر، لكن الواقع يشهد أن مثل هذا القصور يوجد لدى أعضاء كلتا الفئتين معاً، وأن المستوى العام له قد يتحسن إلى حد ما إذا ما لجأنا إلى البرامج المناسبة.

٥- الأطفال التوحديون أقل تفاعلاً مع الآخرين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً، وهو الأمر الذى يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظى منها وغير اللفظي، ويرتبط من ناحية أخرى بمستوى نموهم الاجتماعي. هذا إلى جانب أنه يعتبر أيضاً بمثابة محصلة أو نتيجة للعديد من الجوانب الأخرى، وكلها أمور يتفوق فيها الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين.

٦- الأطفال التوحديون يعدون أكثر انسحاباً من أقرانهم المتخلفين عقلياً وذلك من المواقف والتفاعلات الاجتماعية عامة، وهو أمر يرتبط فى المقام الأول بعدد من المتغيرات ذات الصلة فى هذا الصدد من أهمها ما يلى :

أ - تدنى مستوى نموهم الاجتماعي.

ب- قصور فى مهاراتهم الاجتماعية.

جـ- لامبالاتهم الاجتماعية.

د - فظاظتهم الاجتماعية.

هـ - قصور اهتماماتهم الاجتماعية.

و - قصور فى التواصل.

وعلى ذلك يصبح من المنطقى أن يتحرك الطفل بعيداً عن الآخرين، فيتجنبهم، ويعيش فى عالمه الخاص، أو الخيالى وهو الأمر الذى دفع الكثيرين إلى إطلاق مصطلح الطفل الذاتوى عليه.

٧- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين فى المهارات الاجتماعية بما لديهم من عناصر ومتغيرات عديدة من بينها ما يلى :

أ - وعى اجتماعى نسبي،

ب- قدرة نسبية على التعلق بالآخرين.

جـ- قدرة على استخدام ما لديهم من مفردات لغوية وتراكيب لغوية تفوق أقرانهم التوحديين فى سياقات اجتماعية متعددة.

٨- الأطفال التوحديون أقل عدوانية من أقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تضمن ذلك العدوان على الذات، أو الغير، أو الممتلكات، وسواء كان ذلك العدوان مادياً، أو لفظياً حيث يقل العدوان اللفظى بينهم بدرجة كبيرة، بل إنه يكاد ينعدم نظراً لافتقارهم الصارخ إلى المفردات والتراكيب اللغوية المختلفة. ومن المعروف أن هذه العدوانية قد ترتفع فى مستواها لديهم بعض الشيء وذلك عندما تتم مضايقتهم، ومع ذلك يظل مستوى عدوانيتهم أقل من أقرانهم المتخلفين عقلياً.

٩- يتسم الأطفال التوحديون بدرجة من النشاط الزائد تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقلياً حيث هناك العديد من السلوكيات المرتبطة باضطرابهم هذا كالدوران المستمر، والرفرفة بالذراعين، والحركة المستمرة فى المكان، وغيرها تكشف عن قدر أكبر من النشاط الحركى الزائد، والاندفاعية.

١٠-تتسم كلتا الفئتان بنقص أو قصور واضح فى انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة، وإن كان الأمر بالنسبة للأطفال التوحديين يزداد بعض الشيء عن أقرانهم المتخلفين عقلياً. ويمكن العمل على تحسين مستوى انتباههم نوعاً ما عن طريق استخدام المثيرات البصرية سواء المتحركة أو الثابتة.

١١-أن اضطراب طيف التوحد يضم عدة أنماط من الاضطرابات المرتبطة من بينها زملة أو متلازمة أسبرجر Asperger`s syndrome وأن هذه المتلازمة كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) نادراً جداً ما تصيب طفلاً يقل مستوى ذكائه عن المتوسط، بل إنها عادة ما تصيب الأطفال من ذوى مستوى الذكاء المرتفع، وحتى المرتفع جداً، ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالاً موهوبين من بين هؤلاء الأطفال فى حين لا يوجد أطفال موهوبون بين المتخلفين عقلياً، بل قد يوجد بينهم أطفال يرتفع مستوى بعض القدرات لديهم إلى حد ما وهو الأمر الذى يكون من شأنه أن يمكنهم من أداء ما يرتبط بهذه القدرة أو تلك بشكل متميز عن غيرهم مما يدفع بالبعض إلى أن يعتبر ذلك موهبة مع أن الأمر كله لا يمكن أن نعتبره على هذه الشاكلة وذلك للأسباب التالية:

أ- أن هناك شروطاً معينة لاعتبار الطفل المعوق موهوباً، وأن أول هذه الشروط يتمثل فى استثناء التخلف العقلى من ذلك أو بمعنى أدق استبعاده من ذلك.

ب- أن المجالات المختلفة للموهبة والتى تتراوح بين ستة وعشرة مجالات بحسب التصنيف المتبع تتطلب مستوى مرتفعاً جداً من الذكاء للموهبة العقلية أو الأكاديمية فقط، ثم مستوى من الذكاء لا يقل عن المتوسط على الأقل بالنسبة لجميع مجالات الموهبة الأخرى وهو الأمر الذى لا ينطبق على التخلف العقلي.

جـ- أن الموهبة تتطلب الإبتكار – بغض النظر عن الموهبة الابتكارية كمجال من مجالات الموهبة – وهو الأمر الذى لا يمكن للطفل المتخلف عقلياً أن يقوم به تحت أى ظروف حيث أنه ليس فى مقدوره أن يبتكر شيئاً.

د- أن الموهبة قد تتطلب مستوى معيناً من التقبل الاجتماعي، والتكيف مع البيئة، والتوافق مع من فيها من الأشخاص وهو الأمر الذى يصعب على الطفل المتخلف أن يقوم به إذ أن أحد الشروط الثلاثة للتخلف العقلى

يتمثل فى وجود قصور واضح فى السلوك التكيفى للطفل وما يرتبط به من مهارات ٠

١٢-أن هناك العديد من الاضطرابات التى ترتبط بجانبى اللغة والتواصل يعانى منها الأطفال من كلتا الفئتين وإن ظل الأطفال التوحديون هم الأكثر معاناة منها قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً ٠ ومن أهم هذه الاضطرابات وأكثرها شيوعاً ما يلى :

أ - اضطرابات اللغة ٠

ب- اضطرابات النطق ٠

جـ- اضطرابات التواصل ٠

١٣-لا توجد هناك اضطرابات نطق معينة ترتبط بفئة معينة من الفئات الخاصة عامة حيث تنتشر كل اضطرابات النطق بين كل الفئات تقريباً، ومن ثم فلا يوجد هناك اضطراب يميز فئة معينة دون غيرها ٠ إلا أن بعض الأطفال التوحديين قد لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وقد يشخصهم البعض خطأ على أنهم من فاقدى السمع ٠

١٤-أما بالنسبة لاضطرابات التواصل فإن هناك العديد من السمات التى تظل تميز أولئك الأطفال عن غيرهم من الأطفال الآخرين، والتى قد تسهم فى جعلهم فئة تكاد تكون فريدة فى هذا الصدد ٠ ومن أهم هذه السمات ما يلى :

أ - عدم القدرة على التواصل أو التلاحم البصرى كسمة مميزة للأطفال التوحديين دون سواهم من الفئات الخاصة الأخرى وهو أمر لا يقوم به أقرانهم المتخلفون عقلياً ٠

ب- عدم قدرتهم على إدراك تعبيرات الوجه ٠

جـ- عدم إجادتهم للتواصل عن طريق الإيماءات أو تعبيرات الوجه ٠

د - فشلهم فى استخدام اللغة كوسيلة للتواصل دون تدريب.

هـ - عدم إظهارهم تعبيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة.

و - أنهم قد لا يقوموا باستخدام الإشارات فى مواقف أخرى.

ز - ظهور سلوكيات دالة على التحدى والغضب عند استثارتهم.

١٥-وفيما يتعلق باضطرابات اللغة فإن الأطفال التوحديين يتسمون بعدد من السمات التى قد تميزهم دون سواهم من أهمها ما يلى :

أ - ضعف المحصول اللغوى لديهم بدرجة كبيرة.

ب- تدنى مستوى التراكيب اللغوية من جانبهم.

جـ- عدم قدرتهم على استخدام مفرداتهم اللغوية الاستخدام المناسب.

د - عدم القدرة على استخدام تلك المفردات فى إجراء محادثات مع الغير.

هـ - أن الطفل لا يستخدم معانى الكلمات كى تساعده على استرجاع المعلومات.

و - أن الطفل لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التى لديه فى سياقات مختلفة.

ز - الترديد المرضى للكلام المسموع echolalia سواء كان ذلك ترديداً لمجرد كلمات فقط أو عبارات.

ح - أن اللغة قد لا تنمو على الإطلاق لدى بعض هؤلاء الأطفال.

١٦-وجود قصور فى قدرة الأطفال التوحديين على القيام باللعب التظاهرى أو الادعائى إلى جانب قصور واضح فى قدرتهم على اللعب الرمزى وهو الأمر الذى يمثل جانباً من جوانب القصور لدى الطفل المتخلف عقلياً أيضاً.

١٧-وجود قصور فى العمليات الحسية والإدراكية حيث يكون هناك إفراط فى ذلك من جانب الطفل التوحدى إذ يمكن أن تكون استجابته الحسية مفرطة

سواء ارتفاعاً أو انخفاضاً وذلك من موقف إلى آخر دون قدرة من جانبنا على التوقع بالاستجابة، وقد يرجع ذلك إلى أخطاء فى الإدراك من جانب الطفل. أما بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً فإن الأمر يختلف عن ذلك بكثير، ومع أن هناك أخطاء متعددة فى الإدراك من جانبه إلا أن مثل هذا الإفراط فى الاستجابات الحسية لا ينطبق عليه بنفس هذه الدرجة التى يظهرها أو يبديها قرينه التوحدي.

١٨- وجود قصور من جانب كلتا الفئتين فى فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين . وقد يتمثل مثل هذا القصور فى عدم قدرتهم على فهم ما يلى :

أ - الاعتقادات.

ب- النوايا.

جـ- الانفعالات.

د - البيئة الاجتماعية المحيطة.

١٩- حدوث أنماط سلوكية واهتمامات نمطية، ومقيدة، وتكرارية وذلك من جانب الأطفال التوحديين دون أقرانهم المتخلفين عقلياً على الرغم من أن اهتمامات الأطفال المتخلفين عقلياً تكون مقيدة أيضاً، وقاصرة فى الغالب، كما قد تكون نمطية فى بعض الأحيان، إلا أن التمسك الصارم بالروتين يميز بين الفئتين بشكل جلى حيث يعد أساسياً بالنسبة للأطفال التوحديين دون أقرانهم المتخلفين عقلياً.

٢٠- يؤدى القصور العقلى المعرفى لكلتا الفئتين وما يرتبط به من متغيرات إلى عدم تجاوز أى من هاتين الفئتين للمرحلة الثانية من تلك المراحل التى حددها بياجيه Piaget للنمو العقلى المعرفى وذلك كحد أقصى.

ويرى كندول (٢٠٠٠) kendall أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود نمطين للاضطراب النمائى العام أو المنتشر هما :

١- اضطراب التوحد .

٢- فصام الطفولة .

ومن الجدير بالذكر أن فصام الطفولة يتسم بالانسحاب الاجتماعى الحاد ، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين ، ولكنه فى الوقت ذاته يختلف عن فصام المراهقة فى غياب الهلاوس والضلالات تقريبا. ولا يخفى علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء فى محتواه أو مجراه أو التعبير عنه حتى فى إطار التفاعلات الأسرية. ويؤكد نيوسوم وهوفانيتز (١٩٩٧) Newsom & Hovanitz أن سن الطفل عند بداية كلا الاضطرابين التوحد والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفال الفصاميين يمرون بفترة من النمو العادى تعكس توافقاً عادياً نسبياً يتبعها بداية أعراض حادة للفصام فى حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، ولا يمر الطفل فى الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادى نسبيا كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة.

اضطراب التوحد:

يعد اضطراب التوحد autism كما ترى نادية أبو السعود (٢٠٠٠) من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، ومع ذلك تعانى العيادات النفسية المصرية من قصور واضح فى أساليب تشخيص هذا الاضطراب ينتج عنه أن يتم فى الغالب تشخيص الأطفال التوحديين على أنهم متخلفون عقلياً حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات أو الاضطرابات على ملاحظة المظاهر السلوكية المختلفة وهو الأمر الذى قد يترتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تماما. وإضافة إلى ذلك فان هذه الفئة لم تنل حظها من الاهتمام حتى على مستوى المجال البحثى وذلك على المستويين

الإقليمى والمحلى على الأقل. وإلى جانب تشخيصهم الخاطئ على أنهم متخلفون عقلياً لا يوجد هناك مركز متخصص للتعامل معهم إلا نادراً، كما أن المراكز المحدودة التى توجد فى الوقت الراهن هى مراكز أهلية خاصة فى حين يختلف الأمر عن ذلك كثيراً على المستوى الدولى وخاصة فى دول أوربا وأمريكا حيث المدارس والجمعيات والمراكز الخاصة بهؤلاء الأطفال ، والخدمات التى يتم تقديمها لهم ولأسرهم ، والكم الكبير من الدراسات الذى تم إجراؤه عليهم وذلك منذ أن أدخل كانر Kanner هذا المصطلح إلى المجـال البحثـى منذ مـا يربو على نصف قرن وبالتحديد فى عام ١٩٤٣ .

وقد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظرا لتشابهها مع فئات عديدة ، وعدم ظهور تشخيص مستقل لها إلا فى الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-III-R الذى أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٨٧) ثم فى الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV التى صدرت عام١٩٩٤ . هذا إلى جانب أن السبب الرئيسى لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد للآن ، ففى الوقت الذى يرده جيسلون (٢٠٠٠) Gillson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل فى اضطراب فى بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفى للمخ، يذهب دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap& Pierce إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحد ، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسى غير معروف ، وسوف نعود إلى ذلك بعد قليل . كذلك فلا يزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال ، أو الأخصائيين النفسيين المدربين ، أو أطباء نفس الأطفال ، أو أطباء الأعصاب وإن كان دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضًا معديًا بالمعنى المتعارف عليه، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد ، وسلوكهم ، ومستوياتهم النمائية . وهذا يعنى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة زملة أعراض مرضية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التى تصدر عن الطفل.

والتي تتمحور فى ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (١٩٩٩) Dennis et.al. فيما يلى :

١- اضطرابات عامة فى التفاعل الاجتماعى .

٢- اضطرابات فى النشاط التخيلي، والقدرة على التواصل .

٣- انغلاق على الذات، وضعف فى الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية.

ويرى أرونز وجيتنز (١٩٩٢) Aarons &Gittens أن التوحد يمثل اضطراباً أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التى تظهر على الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً. ويتضمن ذلك عدداً من الاضطرابات كالتالى :

أ - اضطراب فى سرعة أو تتابع النمو.

ب - اضطراب فى الاستجابات الحسية للمثيرات.

جـ - اضطراب فى الكلام واللغة والسعة المعرفية.

د - اضطراب فى التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

ويذكر عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هناك سمات للأطفال التوحديين يمكن أن تميزهم عن غيرهم من الأطفال حتى من الفئات الخاصة الأخرى، وأنه عند تشخيص مثل هؤلاء الأطفال يجب أن ننتبه جيداً إلى تلك السمات التى تعد السمات التالية من أهمها :

١- عدم الارتباط بالأشياء .

٢- ضعف استخدام اللغة والاتصال أو التواصل.

٣- المحافظة على الرتابة والروتين .

٤- ضعف أو قصور فى الوظائف العصبية.

ويرى حلوانى (١٩٩٦) أنه كانت هناك افتراضات ووجهات نظر متعددة حاولت تفسير اضطراب التوحد؛ فنظر النموذج الاجتماعى له على أنه اضطراب فى التواصل الاجتماعى نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية غير السوية التى نتج عنها شعور الطفل بالرفض من الوالدين، وفقدان الآثار العاطفية منهما مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعى مع الوسط المحيط به. فى حين يفسرها النموذج النفسى على أنها شكل من أشكال الفصام المبكر الناتج عن وجود الطفل فى بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسى، بينما يشير نموذج آخر إلى أنه يرجع إلى الطفل نفسه حيث يعتبره عجزاً إدراكياً مصاحباً للاضطراب اللغوى. ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هـذه الافتراضات قد أضحت مشكوكاً فيها مما جعل الاهتمام ينصب بعد ذلك على الدراسات العصبية والبيولوجية والبيئية والتى كان من نتائجها أنه لم يتم التعـرف على سبب واحد محدد يؤدى إلى اضطراب التوحد.

الأسباب المؤدية للاضطراب

مما لا شك فيه أن أى اضطراب لا بد أن تقف خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل ومن المستحيل أحياناً أن يكون هناك سبب واحد يعد هو المسئول عن اضطراب معين أو يمكن أن نعزو مثل هذا الاضطراب إليه. ومن الجدير بالذكر أن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز ١٠ % تقريباً فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التى باتت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة تتمثل فى أن حوالى ٩٠ % تقريباً أو يزيد من حالات هذا الاضطراب لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين يعزو حدوث مثل هذا الاضطراب له. ومع ذلك هناك بعض الحقائق التى تتعلق بتلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى إلى اضطراب التوحد يمكننا أن نعرض لها على النحو التالى :

١- أنه ليس هناك سبب واحد فقط يمكن أن يكون هو المسئول عن هذا الاضطراب.

٢- أن هناك مجموعة من الأسباب والعوامل تسهم فى حدوث هذا الاضطراب على الرغم من عدم قدرتنا على تحديد دور كل منها أو إسهامه النسبى فى ذلك.

٣- أن هناك عوامل جينية أو وراثية يمكن أن تسهم فى حدوث هذا الاضطراب.

٤- أن هذه العوامل الجينية أو الوراثية هى نفسها التى تؤدى إلى حدوث بعض الإعاقات العقلية أو حتى الحسية الأخرى.

٥- أن العلماء قد حاولوا أن يجدوا أساساً كروموزومياً لاضطراب التوحد، ومع أنهم قد حددوا كروموزومات معينة ترتبط به، فلا توجد هناك أدلة تؤكد صحة تلك الآراء حتى وقتنا الراهن.

٦- أن هناك عوامل بيئية يرجع تأثيرها إلى فترة معينة أثناء الحمل وقبل أن تتم الولادة تسهم بدرجة كبيرة فى حدوث ذلك الاضطراب.

٧- أن الحالات التى تمكن العلماء من تحديد سبب معين للاضطراب فيها لم تتجاوز ١٠ % فى حين بلغت الحالات التى لم يتمكنوا من تحديد سبب معين لها ٩٠ % تقريباً.

وعلى هذا الأساس يمكننا أن نحدد نفسنا عند تناول تلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى إلى اضطراب التوحد فى عدد قليل جداً من التساؤلات أرى أنه لا يتجاوز ثلاثة تساؤلات حسب ما تمت الإشارة إليه فى النقاط السابقة، وتدور تلك التساؤلات حول النقاط التالية :

١- هل ترجع تلك الأسباب إلى عامل واحد فقط، أم أنه يمكننا أن نقوم بعزوها إلى مجموعة معينة من العوامل؟

٢- هل هناك تصنيف معين لتلك العوامل التى يمكن أن تؤدى إلى هذا الاضطراب كأن تكون على سبيل المثال كما يلى :

أ - عوامل وراثية ؟

ب- عوامل بيئية ؟

جـ- عوامل كروموزومية أو خلل كروموزومى ؟

٣- على أى أساس تم تحديد سبب معين لحالات معينة من هذا الاضطراب و لم يتم التوصل إلى ذلك السبب أو تلك الأسباب فى حالات أخرى ؟

هذا ويمكننا أن نتناول مثل هذه التساؤلات على النحو التالى :

أولاً : سبب واحد أم مجموعة أسباب :

شهدت الساحة العلمية فيما يتعلق بتلك الأسباب التى يكون من شأنها أن تؤدى إلى ذلك الاضطراب جدلاً واسعاً حول تلك الأسباب، فرأى البعض أن هناك سبباً واحداً هو المسئول عنه، ورأى آخرون أن هناك جملة من الأسباب يمكن أن نعزو إليها هذا الاضطراب، فى حين رأى غيرهم أن السبب الذى يؤدى إلى مثل هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن .

ومن هذا المنطلق يؤكد بومر وآخرون (١٩٩٥) .Boomer et.al أن هناك اعتقاداً بأن خللاً وظيفياً فى الجهاز العصبى المركزى من عوامل غير معروفة يعد هو السبب الأساسى الذى يكمن خلف هذا الاضطراب ويؤدى إلى حدوثه، ومن ثم انصب الاهتمام على دراسة متلازمة الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد . وكما أوضحنا من قبل فإن هناك من الباحثين والعلماء من يرد هذا الاضطراب إلى أسباب بيوكيميائية فى المخ مثل جيلسون (٢٠٠٠) Gillson وهو الأمر الذى يكون من نتائجه أن يؤدى ذلك إلى اضطراب فى بعض الإفرازات المخية مما يؤثر بالتالى على الأداء الوظيفى

للمـــخ. فى حين يرده آخرون مثل دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أسباب متعددة وليس إلى سبب واحد فقط حيث يعتقدان أنه لا يمكن أن يكون هناك سبب وحيد يعـــد هو المسئول عن الاضطراب، بل لابد أن يكون هناك أكثر من سبب واحد يــؤدى إلى ذلك من خلال اشتراك كل هذه الأسباب مجتمعة فى حدوث الاضطراب.

ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفاض نسبى واضح فى نشاط النصف الكروى الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحديين ، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذى يتضمن تلك المنطقة الهامة التى تعد هى المسئولة عن حدوث التواصل . ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب مؤداها أنه لا يوجد أى سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث ذلك الاضطراب ، أو يمكننا من خلاله أن نفسر السبب الذى يجعل الأطفال التوحديين يسلكون بمثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذى يؤدى إلى حدوث تلك الأعراض التى تميز هذا الاضطراب والتى تعتبر بمثابة ملامح أساسية مميزة له. ومع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بذلك الاضطراب على أنه يعد اضطراباً معرفيا واجتماعياً فى الوقت ذاته، وأن هناك أسباباً بيولوجية متعددة — وليس سبباً واحداً - حدثت فى وقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التى تتضمن تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب . ويضيف روتر وآخرون (١٩٩٤) .Rutter et.al أنه ليس هناك سبباً طبياً محدداً نستطيع أن نعتبره فى الواقع هو المسئول عن مثل هذا الاضطراب وذلك عند فحص غالبية حالات اضطراب التوحد عند عرضها عليهم حيث لم يتوصلوا إلى هذا السبب الطبى المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين ٥ — ١٠ % تقريباً من تلك الحالات التى قاموا بفحصها ودراستها.

ثانياً : وجود تصنيف معين للعوامل التى تسهم فى حدوث الاضطراب :

من الجدير بالذكر أن الرأى الأرجح فى النقطة السابقة يتمثل فى وجود مجموعة من الأسباب والعوامل يمكن لها أن تؤدى إلى حدوث مثل هذا الاضطراب، ويرى البعض أن هذه الأسباب تجمع بين الوراثة والبيئة، بل ويضم آخرون إلى ذلك مجموعة أخرى من العوامل تتمثل فى العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي. وسوف نتناول هذه الآراء على النحو التالى :

(١) العوامل الجينية أو الوراثية :

تشير نتائج العديد من الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الإطار إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد أحد أهم العوامل المسئولة عن حدوث اضطراب التوحد، وأن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جينى واحد أو أكثر له إسهامه الكبير فى مثل هذا الصدد. ومن أهم هذه العوامل نلاحظ ما يثير الكثير من الدهشة حيث نجد عدة عوامل يمكن أن تؤدى فى حد ذاتها إلى التخلف العقلى على سبيل المثال، أو إلى أى إعاقة حسية أخرى، وهو ما يمثل نقطة أخرى مثيرة للدهشة حيث نلاحظ أن نفس العامل فى حد ذاته يمكن أن يؤدى إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة العقلية، كما يمكن أن يؤدى أيضاً فى ذات الوقت إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة الحسية. كما أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدى أيضاً إلى التخلف العقلى كنمط أساسى من أنماط الإعاقة العقلية.

ومن أهم العوامل التى تؤدى إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدى فى الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كالتخلف العقلى على وجه التحديد ما يلى :

١- حالات التصلب الدرنى للأنسجة. tuberous sclerosis

٢- حالات الفينيلكيتونوريا. phenylketonuria

٣- حالات كروموزوم X الهش. fragile X chromosome

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية فى أساسها، وهى مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هى التى تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذى يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية. ويمكن لمثل هذه النتيجة أن تؤدى إما إلى التخلف العقلي، أو إلى اضطراب التوحد. وقد تناولنا هذه الحالات عند الحديث عن التخلف العقلى من قبل . ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا المجال تؤكد أن احتمالات ولادة طفل آخر للأسرة يعانى من نفس هذا الاضطراب أى طفل توحدى تعتبر احتمالات مرتفعة بدرجة لا بأس بها حيث تتراوح بين ٣- ٦ % تقريباً، وهو الأمر الذى يضيف إلى دور العوامل الوراثية تعقيدات أخرى.

وإلى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التى تؤكد على الدور الحيوى للعوامل الوراثية فى حدوث هذا الاضطراب منها ما يلى :

١- تؤدى بعض حالات الشذوذ الكروموزومى إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ فى الكروموزوم رقم ١٣ من أكثر هذه الحالات شيوعاً، ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم يرتبط كذلك بمتلازمة أوشر Usher`s syndrome التى تعد اضطرابًا جينيًا.

٢- أن هناك عدداً من الجينات يتراوح بين ٣- ٥ جينات تشترك جميعها فى حدوث التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص مع العلم بأنها غير متضمنة فى كروموزوم واحد فقط، بل إنها تتوزع على عدد من الكروموزومات المختلفة، وهى جميعاً تتضمن أنواعاً من الخلل الكروموزومـــي. وإذا قل هذا العدد عن ذلك فلن يؤدى إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد.

٣- أن محيط الرأس لدى هؤلاء الأطفال يكون أكبر من مثيله لدى أقرانهم العاديين. ومن المعروف أن كبر حجم محيط الرأس أو صغره يعد من العوامل التى يمكن أن تؤدى إلى التخلف العقلى.

٤- أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي perkinje cells بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية فى مكونات الجهاز الطرفى limbic من جانبهم.

٥- نقص طول ومحيط جذع المخ brain stem لديهم علماً بأن جذع المخ يلعب دوراً حيوياً فى عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركى على سبيل المثال.

٦- عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم يتمثل أولهما فى النواة الوجهية facial nucleus التى تتحكم فى عضلات الوجه، والتى تكون مسئولة بالتالى عن التعبير غير اللفظي. بينما يتمثل ثانيهما فى الزيتونة العليا super olive وهى التى تلعب دوراً هاماً فى توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية. ومن المعروف أن هذين الجزئين يتكونان فى الأساس من جزء الأنبوب العصبى الذى يتكون الجهاز العصبى المركزى للجنين منه وذلك فى الأسابيع الأولى من الحمل.

٧- يوجد إلى جانب غياب النواة الوجهية نقص كبير فى عدد الخلايا العصبية التى ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمائة خلية عصبية لدى الطفل التوحدى بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية.

٨- أن حوالى ٣٠ % تقريباً من الأطفال التوحديين يوجد لديهم زيادة فى تركيز مادة السيروتينين التى تعتبر من الناقلات العصبية وذلك فى الصفائح الدموية.

(٢) العوامل البيئية :

تتعدد العوامل البيئية التى يمكن أن تؤثر على اضطراب التوحد وتؤدى إليه، ومن بين هذه العوامل مسببات كثيرة تؤدى كذلك إلى التخلف العقلى منها ما يلى :

١- التلوث البيئى الكيميائى سواء من خلال الكيماويات المختلفة أو التلوث بالمعادن كالزئبق والرصاص على سبيل المثال سواء تم ذلك من جانب الأم خلال فترة الحمل، أو من جانب الطفل بعد ولادته.

٢- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات يمكن أن يؤدى إلى ذلك.

٣- التلوث الغذائى عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدى إلى حدوث تسمم عضوى عصبى يسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك.

٤- التلوث الإشعاعى أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X)، أو التسرب الإشعاعي، أو استخدام النفايات النووية فى الأسلحة التقليدية، أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد.

٥- التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها، وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها فى بداية حياته، أو خلال عامه الأول. وتعد هذه الأمراض المعدية هى نفسها التى تؤدى إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك.

٦- اضطرابات الأيض، أى حدوث خلل أو قصور فى التمثيل الغذائي.

٧- تعاطى الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطاً، فعلى سبيل المثال اتضح أن عقار التاليدوميد thalidomide الذى كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد، بل وإلى التخلف العقلى كذلك، وإلى مختلف الإعاقات الحسية أيضاً.

٨- تعاطى الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدى عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين للكحوليات fetus alcohol syndrome وهو الأمر الذى يؤدى به إما إلى التخلف العقلى أو اضطراب التوحد.

٩- تعد البيئة الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية التى ينشأ الطفل فيها ذات دور كبير فى حدوث أو منع أو تطور الاضطراب وذلك بما يلقاه فيها من اهتمام، وما يتعلمه من عادات صحية، وما يجده من عناية ورعاية صحية.

١٠-ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العوامل البيئية تؤثر على تطور الاضطراب ومآله إذ أننا يمكن أن نلاحظ ما يلى :

أ- أن الوالدين على سبيل المثال قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما التوحدى فلا يستطيعان مساعدته على ما يلى :

- اكتساب سلوك مرغوب، أو
- الحد من سلوك غير اجتماعي، أو
- إكسابه تلك المهارات المطلوبة لأداء نشاط ما.

ب- قد لا تعمل البيئة التى يوجد الطفل فيها على مساعدته كى يتمكن من القيام بأى من السلوكيات التالية :

- اكتساب مهارات معينة تساعده على الاندماج مع الآخرين.
- إقامة علاقات مختلفة معهم.
- التفاعل الناجح معهم.

جـ- قد لا تشجع تلك البيئة الآخرين المحيطين بالطفل على القيام بما يلى :

- احتواء ذلك الطفل.
- مساعدته على الاندماج معهم بدلاً من انسحابه بعيداً عنهم.

- مساعدته على التفاعل معهم بدلاً من قيامه بالسلوك العدوانى سواء ضد نفسه حيث يقوم بإيذاء ذاته، أو ضدهم.

د - كذلك ينبغى على الوالدين أن يكونا قادرين على تحديد تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب حتى يتمكنا من الحد من آثارها السلبية قدر الإمكان.

(٣) العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومى :

من الجدير بالذكر أن هناك من العلماء من حاول تحديد نمط ما من أنماط الشذوذ الكروموزومي، واعتباره مسئولاً عن حدوث اضطراب التوحد. ومن أكثر الأنماط التى تم التحدث عنها فى هذا الصدد ذلك الشذوذ فى الكروموزوم رقم ١٣ وإلى جانب ذلك فإن هناك نمطاً آخر من ذلك الشذوذ يتمثل فى كروموزوم X الهش أو ما يشار إليه على أنه الكروموزوم الجنسى الهش. fragile X chromosome وإضافة إلى ذلك هناك شذوذ فى عدد من الجينات تتراوح فى عددها كما أشرنا من قبل بين ٣- ٥ جينات تتوزع على عدد من الكروموزومات، ويجب أن يتوفر هذا العدد لدى الطفل، وإلا فلن يحدث مثل هذا التأثير السلبي.

ومن ناحية أخرى فقد حاول بعض العلماء البحث عن أساس جينى محدد لاضطراب التوحد، ورأى البعض أن الكروموزوم رقم ٧ يعد هو المسئول عنه، وبالتالى فإن الشذوذ فى هذا الكروموزوم يؤدى إليه بالضرورة، فى حين رأى غيرهم أن الشذوذ فى الكروموزوم رقم ٩ يعد هو المسئول عن ذلك، إلا أن البعض قد استبعد هذا الكروموزوم رقم ٩ ، بينما حدد آخرون الكروموزوم رقم ١٥ ليكون الشذوذ فيه هو المسئول عن حدوث اضطراب التوحد. ورغم كل ذلك لا يوجد هناك رأى قاطع فى هذا الخصوص.

ثالثاً : تحديد وعدم تحديد سبب معين للاضطراب فى بعض الحالات :

أكدت النتائج التى كشفت عنها دراسات عديدة أن حوالى ١٠ % تقريباً فقط من حالات اضطراب التوحد هى التى تم فيها تحديد سبب معين للاضطراب، وأن مثل هذه الحالات تعتبر حالات نادرة يكون السبب فيها معروفاً، وربما تكون الحالة متوقعة كأن يتوقع الوالدان أو الطبيب ولادة الأم لطفل متخلف عقلياً، أو طفل توحدى وذلك نتيجة لحدوث سبب معين معروف ومحدد بشكل دقيق. أما الحالات الأخرى والتى تمثل الغالبية العظمى من الحالات فلا يكون السبب معروفاً فيها، كما أنه لا يكون سبباً، أو عاملاً، أو جيناً واحداً فقط بل يكون عادة مجموعة من الأسباب، أو العوامل، أو الجينات. كما أن السبب الرئيسى المسئول عن هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن.

الملامح الأساسية المميزة للاضطراب

يحدد فولكمار (١٩٩٦) Volkmar تلك الملامح التى تميز هذا الاضطراب فى ثلاثة مظاهر أساسية هى :

١ - حدوث قصور كيفى فى التفاعل الاجتماعي.

٢ - حدوث خلل شديد فى عملية التواصل.

٣ - حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية.

ومما لاشك فيه أن العمر الزمنى الذى يحدث فيه هذا الاضطراب والذى يكون فى الغالب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره يمثل هو الآخر أحد تلك الملامح المميزة لذلك الاضطراب ، ولكن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بإمكاننا أن نتعرف على مثل هؤلاء الأطفال حتى قبل بلوغهم الثالثة من أعمارهم. ومن هذا المنطلق يوضح بوردين وأولنديك (١٩٩٢) Bordin & Ollendick بعض الأعراض المبكرة التى تميز هذا الاضطراب فيريان أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال فى

نفس العمر الزمنى كما يتضح من تلك الأعراض التى نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتى يمكن لنا أن نميزها فى أمرين أساسيين كالتالى :

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة.

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل فى النصف الثانى من العام الأول من عمره.

ويمكن أن نتناول ذلك بشيء من التفصيل على النحو التالى :

أولاً : الأعراض المميزة للطفل التوحدى خلال الشهور الستة الأولى من العمر :

هناك العديد من الأعراض التى يمكن أن تميز الطفل التوحدى خلال الشهور الستة الأولى التالية لولادته مباشرة، أى خلال الشهور الستة الأولى من عمره . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الأعراض كما يلى :

١- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.

٢- لا يبالى بمسالة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.

٣- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذى يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.

٤- كذلك فهو لا يبكى إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.

٥- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره.

٦- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .

٧- لا يبتسم إلا نادراً.

٨- تكون تلك الكلمات التى يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.

٩- من الأمور الهامة التى تميز استجاباته أنها دائماً ما تكون متوقعة ،

١٠- عادة لا يأتى الطفل بأى استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة،

١١- لا يبدى ذلك الطفل أى اهتمام بتلك اللعب التى يتم وضعها أمامه،

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدى فى النصف الثانى من العام الأول من عمره :

مما لا شك فيه أن هناك وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة فى هذا الصدد العديد من الأعراض أو السمات التى يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدى فى النصف الثانى من العام الأول من عمره، وهو ما يساعدنا فى اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره، وهذه الأعراض أو السمات هى :

١- لا يبدى الطفل أى اهتمام بالألعاب الاجتماعية ،

٢- لا يبدى الطفل أى انفعال نتيجة حدوث أى شئ أمامه،

٣- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظى وغير اللفظى ،

٤- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً،

ويؤكد ستون وآخرون (١٩٩٩) .Stone et.al أن الدراسات الحديثة وفقاً لذلك توضح أنه من خلال إتباع عدد من الإجراءات والخطوات يمكننا بطبيعة الحال التوصل إلى تشخيص لاضطراب التوحد لدى الطفل حتى قبل أن يبلغ ذلك الطفل الثالثة من عمره، وجدير بالذكر أن هذه الإجراءات والخطوات تتمثل فيما يلى :

١- إتباع تلك الخطوط العريضة التى تمثل أعراضاً أو سمات تميز الطفل خلال العام الأول من عمره سواء فى النصف الأول، أو النصف الثانى منه،

٢- التعرف على أوجه القصور فى الجانب الاجتماعى التى يتسم بها الطفل وتحديدها سواء كان ذلك فى أى جانب من الجوانب التالية :

أ - التفاعل الاجتماعي،

ب- العلاقات الاجتماعية.

جـ- السلوك الاجتماعي.

د - الألعاب المتنوعة.

هـ - القصور أو التأخر فى اللغة المنطوقة.

و - السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية التى يأتى بها الطفل .

ز - اهتماماته الضيقة.

ح - اهتمامه بأجزاء من تلك الأشياء.

وغالبا ما يكون والدو الأطفال التوحديين هم أول من يلاحظ أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للمثيرات الاجتماعية. ولا يخفى علينا أن عدم الاستجابة من جانب هؤلاء الأطفال أو قصور مثل هذه الاستجابة للمثيرات الاجتماعية والمادية فى بيئتهم لا يمكن بأى حال من الأحوال أن نضعها على متصل واحد مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء إذ أن الأطفال التوحديين يقتربون من العالم بطريقة فطرية غريزية. ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال يفتقرون فى الشهور الأولى من حياتهم إلى العناق نتيجة ما يبدونه من عدم الاهتمام بوجود الأم، أو متابعتها بصرياً، كما تجتاحهم رغبة ملحة للحفاظ على الرتابة والروتين فى البيئة المحيطة، والإبقاء عليها كما هى دون إحداث أى نوع من التغيير فيها، كما يتسمون بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالهزهزة، والدوران السريع، والضرب بالذراع بعنف . كذلك فهم يأتون بكثير من السلوكيات المدمرة كضرب الرأس أو اليد فى الحائط، أو فى أى شئ ثابت أمامه إلى جانب أن الطفل يعض نفسه، أو يؤذى ذاته ، كما يفتقر إلى التواصل البصرى مع الآخرين حيث لا يستطيع أن ينظر فى عينى من يقوم بالتحدث إليه.

ويضيف نيوسوم وهوفانيتز (١٩٩٧) Newsom & Hovanitz أن هؤلاء الأطفال ينجذبون إلى الأشياء غير الحية، أو إلى أجزاء بسيطة من تلك الأشياء كقطعة من حبل صغير، أو قطعة من رباط حذاء، أو ما شابه ذلك . ويذكر هوك وآخرون (١٩٩٥) Hauck et. al. أن الدراسات الحديثة فى هذا المجال قد كشفت عن أن هؤلاء الأطفال

ينغمسون إلى حد كبير فى طقوس سلوكية ثابتة، وتقل بدرجة كبيرة مبادراتهم لإقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين عند مقارنتهم بأقرانهم المتخلفين عقلياً حيث تنقصهم بدرجة كبيرة الاستجابة الاجتماعية للآخرين وهو الأمر الذى يجعلهم يؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

ومن جانب آخر ففى إصدار حديث عن المركــز الطبى بمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center حول طبيعة ذلك الاضطراب يتضح أن هذا الاضطراب النمائى الحاد المعروف بالتوحد autism أو اضطراب التوحد لا يزال السبب الحقيقى المسئول عنه غير معروف للآن ، وأن الطفل التوحدى لا تتطور لديه شخصية سوية أو مهارات تفاعلية. وعادة ما يتم اكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، ويعد هذا الاضطراب أكثر شيوعاً من زملة أعراض داون Down`s syndrome ويستمر مدى الحياة، كما يصيب أربعة أو خمسة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل ، (تؤكد الإحصاءات الحديثة أن نسبة انتشاره قد بلغت ١: ٢٥٠ حالة ولادة) ، وتتضاعف إصابة البنين به أربعة أضعاف قياساً بالبنات حيث تبلغ نسبة انتشاره بين البنين قياساً بالبنات ٤: ١ ، وإلى جانب ذلك هناك قصور يميز الأطفال التوحديين وذلك فى عدد من المجالات التى تتمثل فيما يلى :

١- مجالات العلاقات الاجتماعية .

٢- السلوك .

٣- اللغة والتواصل .

٤- اللعب .

٥- العمليات الحسية والادراكية .

ويذهب دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever إلى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة اضطراب طيفى spectrum بمعنى أن أعراض وسمات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر فى مجموعة كبيرة من التصنيفات التى تتراوح بين البسيطة إلى الحادة. وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد يمكن تعريفه من خلال مجموعة معينة

من السلوكيات فإنه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يبدوا أى مجموعة من تلك السلوكيات بأى درجة من الحدة. كما أننا قد نجد طفلين بنفس التشخيص يمكن أن يتصرفا بشكل يختلف كثيرا عن بعضهما ، وأن يكون لديهما مهارات متباينة. وتعتبر ملاحظات الوالدين، والتاريخ النمائى للطفل على درجة كبيرة من الأهمية فى هذا الإطار. وقد يبدو بعض الأطفال التوحديين منذ الوهلة الأولى وكأن لديهم تخلفاً عقلياً ، أو اضطراباً سلوكياً، أو مشكلات فى السمع ، أو حتى سلوك شاذ أو غريب الأطوار . إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد توجد لديهم بالفعل، وهنا تتزامن مع اضطراب التوحد حيث قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأى منها. ولكن يبدو من المهم أن نميز بين اضطراب التوحد وبين مثل هذه الحالات حتى يمكن تقديم البرنامج العلاجى أو التربوى المناسب لكل حالة.

وجدير بالذكر أن الأطفال التوحديين قد يبدون نمواً شبه عادى حتى سن ٢٤-٣٠ شهراً ثم يلاحظ الوالدان تأخراً كما تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America فى عدد من المجالات كالتالى :

١- مجالات اللغة والتواصل .

٢- اللعب .

٣- العلاقات الاجتماعية .

٤- العمليات الحسية والإدراكية.

٥- السلوكيات . ومن الملاحظ أن سلوكهم يغلب عليه عدد من السمات التى يمكن أن تميزه من بينها ما يلى :

أ - التبلد الانفعالى .

ب- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية .

جـ- سهولة الانقياد.

د - سرعة الاستهواء.

هـ - الشعور بالدونية.

و - الشعور بالإحباط.

ز - ضعف الثقة بالنفس.

ومن الأكثر احتمالاً أن تلك السمات المرتبطة بسلوكهم تعد بمثابة ذلك الأمر الذى يؤدى بهم إلى السلوك العدوانى سواء تمثل ذلك فى إيذاء الذات، أو الآخرين، أو تحطيم الممتلكات . كما أنه قد يؤدى بهم أيضاً إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى، أو السلوكيات المضادة للمجتمع وإن كان أكثرها شيوعاً بالنسبة لهم هو السلوك العدوانى بأبعاده المختلفة.

ويؤكد دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce أن اضطراب التوحد يؤثر فى قدرة الطفل على التواصل وفهم اللغة ، واللعب ، والتفاعل مع الآخرين . وأنه يعد بمثابة زملة أعراض مرضية سلوكية ، وهذا يعنى أن تعريفه يقوم على أنماط السلوك التى تصدر عن الفرد أو الطفل الذى يعانى منه. ولا يعد اضطراب التوحد مرضاً بالمعنى الذى نعرفه ، كما أنه ليس معدياً أى لا ينتقل من فرد إلى فرد آخر بوسيلة معينة أو بأخرى ، كما أنه لا يكتسب من خلال الاتصال بالبيئة. وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America أن اضطراب التوحد وما يرتبط به من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أى بنسبة ١ :٥٠٠ (مع ملاحظة أن نسبة الانتشار قد بلغت ١: ٢٥٠ فى عام ٢٠٠٣) ، وأن نسبة انتشاره بين البنين تزيد عن انتشاره بين البنات بأربعة أضعاف ، وليست هناك حدود اجتماعية ، أو حدود تتعلق بالعنصر أو السلالة تؤثر على احتمال حدوثه ، كما أنه لا يتأثر أيضاً بدخل الأسرة، أو المستويات التعليمية لأفرادها . ويتضح من خلال إصدار لمركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية (١٩٩٩) Center for disease control and prevention أن اضطراب

التوحد لا يرتبط بأى تاريخ أسرى مرضى، أو أى ممارسات أسرية، أو ثقافية وهو الأمر الذى أدى إلى رفض بعض النظريات التى سادت من قبل والتى ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية . وقد أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالى خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من اضطراب التوحد. وقد جعل معدل الانتشار هذا من ذلك الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً متخطياً بذلك زملة أعراض داون . إلا أن تلك الإحصاءات التى نشرها الاتحاد القومى لدراسات وبحوث اضطراب التوحد National Alliance for Autism Research NAAR بالولايات المتحدة الأمريكية فى يناير ٢٠٠٣ تؤكد أن هذا الاضطراب قد أضحى يمثل ثانى الاضطرابات النمائية شيوعاً، وثانى أكثر الإعاقات العقلية شيوعاً وانتشاراً وذلك بعد التخلف العقلي.

وإذا كانت الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America تؤكد على معدل الانتشار هذا والذى جعل من هذا الاضطراب آنذاك ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً فإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بذوى الاضطرابات النمائية بولاية كاليفورنيا (١٩٩٩) California State Department of Developmental Services يؤيد هذا الرأى حيث يتضح أنه بتحليل البيانات المتعلقة بالجوانب النمائية والديموجرافية للأفراد التوحديين فى المراكز الإقليمية الأحد وعشرين الخاصة باضطراب التوحد التابعة لولاية كاليفورنيا والتى تقوم بتقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد وأسرهم وذلك خلال أحد عشر عاماً تمتد من بداية عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ يتضح أن عدد الأفراد التوحديين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياساً بأقرانهم ذوى الاضطرابات النمائية المختلفة مما أدى بالتالى إلى زيادة أعداد الأفراد التوحديين الذين يقدم لهم المركز الإقليمى خدماته لدرجة أنه قد ألحق بهذا المركز فى عام ١٩٩٨ فقط ١٦٨٥ فردا جديداً ، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم هذا المركز خدماته يتجاوز بكثير العدد المتوقع وفقا للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب. وتوضح

التقديرات أن صافى معدل الزيادة السنوية فى عدد الأفراد التوحديين قياساً بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣ % تقريباً .

ويحدد المركز الطبى بمدينة دترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center عدداً من السمات التى تميز الأطفال التوحديين فى عدد من المجالات والتى تعتبر جميعاً من الملامح الأساسية المميزة لهذا الاضطراب ، وبالتالى يتم الاعتماد بدرجة كبيرة على وجودها لدى الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه يعانى من الاضطراب وتندرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هى :

١ - العلاقات الاجتماعية .

٢ - التواصل .

٣ - السلوكيات .

٤ - العمليات الحسية والإدراكية .

٥ - اللعب .

ويمكن تناول هذه السمات على النحو التالى :

أولاً : العلاقات الاجتماعية :

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدى قد يفشل فى التفاعل مع القائمين على رعايتـــه إذا أنه يقضى جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده وذلك بدلاً من تواجده مع الآخرين . كما أنه لا تبدو عليه السعادة أبداً إلى جانب أنه يعانى من قصور فى الاهتمامات الاجتماعية قياساً بأقرانه فى مثل سنه فلا يبدى سوى قدر ضئيل من الاهتمام بتكوين صداقات ، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً .

ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أننا عندما نفكر فى اضطراب التوحد وما يرتبط به من سمات فغالباً ما نجد أن اختلال الأداء الوظيفى فى السلوك الاجتماعى

للطفل التوحدى يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب. كذلك فإن النمو الاجتماعى للأفراد التوحديين لا يتطور بخطى توازى نموهم العقلى على الرغم من وجود قصور فى النمو العقلى أيضاً، فبينما قد يبلغ النمو العقلى المدى الطبيعى لدى البعض منهم أو حتى المدى فوق الطبيعى لدى نسبة ضئيلة منهم وخاصة أولئك الذين يعانون من متلازمة أسبرجر نجد أن نموهم الاجتماعى يتخلف عن ذلك كثيراً ، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحدى على أنه غير ناضج اجتماعياً. ويرى أن هناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفى الاجتماعى للطفل التوحدى إلى جانب اختلال الوعى الاجتماعى لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفيلاً خاصاً به فى الجانب الاجتماعى بشكل عام وهو ما يتطلب أن نوليه جل اهتمامنا . وتتمثل هذه الجوانب فيما يلى :

أ- عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه فى وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر.

ب- عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله فى المواقف الاجتماعية المختلفة.

جـ- العجز أو القصور الاجتماعي.

ويعد هذا هو الأمر الذى يؤدى إلى حدوث العديد من المشكلات فى الجانب الاجتماعى ويجعله بالتالى يمثل أحد جوانب القصور الخطيرة لديهم . وفى هذا الإطار يمكن تصنيف تلك المشكلات التى ترتبط باختلال الأداء الوظيفى الاجتماعى إلى ثلاث فئات كالتالى :

أ - التجنب الاجتماعي.

ب - اللامبالاة الاجتماعية.

جـ - الفظاظة الاجتماعية.

ومن هذا المنطلق نجد أن الطفل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين ، ويغضب أو يجرى بعيداً عندما يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه ، وقد يرجع

ذلك إلى أنه يتملكه الخوف من جراء ذلك، وأنه لا يحب الآخرين، وأن رد فعله هذا يرجع إلى فرط حساسيته لبعض أنواع المثيرات الحسية. وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه، ولا يبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأوا هم إلى ذلك، ولا يتضايق من وجوده بمفرده أو مع الآخرين. أما فظاظتهم الاجتماعية فتجعلهم على الرغم من رغبتهم فى تكوين صداقات مع غيرهم من الأطفال لا يستطيعون الحفاظ عليها وعليهم، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالخلل أو القصور اللغوى الذى يعانون منه وهو ما سوف نتناوله مع تفسير ذلك وفقاً لنظرية العقل أو المعرفة theory of mind والتى سنتناولها عند حديثنا عن القصور فى التواصل من جانب هؤلاء الأطفال.

ويذهب حلوانى (١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة فى العلاقات الاجتماعية ، واضطرابات فى القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك. كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين ، وهم غالباً لا ينشغلون فى التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين بهم . ومن ناحية أخرى فإنهم لا يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين، وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع ، وربما يهربون من منتصف المحادثة . وجدير بالذكر أن الفرد التوحدى يصبح فى حالة تهيج وإثارة عندما يقترب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه ، كما أنه فى الغالب يرفض أى نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعى الاجتماعى حتى البسيط منه. ويمكن أن يشترك الطفل التوحدى فى الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذى يعانى من تخلف عقلى شديد.

ومن الأمور التى قد تعوقه عن التواصل الطبيعى مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى ، كما أن لديه نقصاً فى التواصل البصري، وفهم التعبيرات الوجهية، والإيماءات الاجتماعية. ويرى تريبانيار (١٩٩٦) Trepagnier أن أوجه القصور

التخيلية، والاجتماعية، والمعرفية، والقصور فى التواصل لدى الأطفال التوحديين إلى جانب ما يعانونه من اختلال فى التواصل بالعين، وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم ترجع إلى اختلال التفاعل الاجتماعى فى الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال اختلال أو نقص قدراهم على الحملقة والتتابع البصرى خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم.

ثانياً : التواصـــل:

من الأشياء الهامة التى يمكن أن نلاحظها بوضوح على الطفل التوحدى والتى تشكل أحد أوجه القصور الأساسية التى يعانى منها أن لغته تنمو ببطء، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق ، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح، وغالباً ما يقوم بتكرار غير ذى معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر. وفى أغلب الأحيان نجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمـــات ، ولا يستخدم الحديث للتواصـــل ذى المعنى ، وإلى جـــانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه.

ويشير محمد كامل (١٩٩٨) إلى أن تواصل الأطفال التوحديين مع من يحيط بهم يعد مشكلة متعددة الجوانب تظهر فى صورة انخفاض فى مهارات التواصل، ومشكلات فى التعبير عن المشاعر، والانفعالات، والحالات النفسية التى يمرون بها، ومن ثم تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدى أثناء استثارتهم انفعالياً، أو الغضب مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيداً، أو قذف ما يكون بأيديهم، وما إلى ذلك من السلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيراً عن رغبتهم فى جذب انتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها ، وقد تعتبر تعبيراً عن إحباطات معينة يمرون بها . وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم المناسبة للتعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات وهو ما يعد نمطاً من أنماط السلوك العدوانى، إلا أنه يكون عبارة عن عدوان موجه نحو الذات.

ومن ناحية أخرى تعد اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية من المظاهر الأساسية فى اضطراب التوحد ، وجميعها بلا شك يترك آثاراً سلبية على التواصل من جانب الأطفال التوحديين . ومن المتوقع أن تؤدى تلك الاضطرابات إلى نوع من التشابه بين كل من اضطراب التوحد والاضطرابات اللغوية ، وبسبب ذلك يتم الخلط أحياناً بين اضطراب التوحد وتلك الاضطرابات. ويرى سميث وآخرون (١٩٩٥) Smith et.al. أنه من الممكن التمييز بينهما فى عدد من النقاط البسيطة ذات الأهمية حيث نجد أن هناك العديد من الحقائق التى يمكن أن ترتبط بكل فئة من هاتين الفئتين، والتى تميزها بالتالى عن الفئة الأخرى. ويمكن أن نعرض لذلك كما يلى :

١- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائماً التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه .

٢- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية عادة ما يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة تسهم فى فهم تعبيرات الوجه.

٣- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدام اللغة جيداً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التى يعانون منها.

٤- أن الأطفال التوحديين فى المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه.

٥- أن الأطفال التوحديين يفشلون فى استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب على ذلك حيث أنهم عادة ما يعانون من قصور لغوى فى مفرداتهم، وتراكيبهم اللغوية، كما أن اللغة قد لا تنمو لدى بعضهم على الإطلاق.

٦- أن الأطفال التوحديين يتسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضى للكلام وهو الأمر الذى قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم.

ويعد الترديد المرضى للكلام echolalia بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التى تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال. ويعنى ذلك قيام الطفل بترديد الكلام الذى يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك فى محله المناسب، أو حتى دون أن يعى معناه . فلو افترضنا على سبيل المثال أن الأم تطلب من طفلها التوحدى أن يحضر لها شيئاً ما، أو أن يقوم بفتح باب الشقة مثلاً فتقول له " افتح الباب " ، وهنا يرد الطفل عليها مردداً نفس العبارة فيبدو الأمر وكأن الأم تسمع صدى صوتها حيث يرد الطفل قائلاً "افتح الباب " . كذلك فلو طلبت الأم منه أن يشير بإصبعه إلى الراديو مثلاً كأن تقول له : " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو "، فيرد الطفل قائلاً " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " . ومن ناحية أخرى إذا سألته الأم مثلاً قائلة " أين قميصك ؟ " فإنه يرد عليها مردداً نفس العبارة التى يكون قد سمعها منها للتو فيقول من جانبه " أين قميصك ؟ " ، وهكذا . وبالتالى فإننا نلاحظ من خلال المثال السابق أن الطفل يقوم بترديد نفس الكلمات التى يسمعها وذلك بطريقة ببغائية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذى يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوته echo وهو الأمر الذى لا يساعد فى إجراء أى حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد الأقران ، كما يعمل فى الوقت ذاته على جعل الآخرين لا يودون إقامة أى علاقة معه، بل إن الأمر قد يصل فى بعض الأحيان إلى أنهم ربما ينفرون منه، أو من التعامل معه، وبالتالى قد يعملون على تجنب الاحتكاك به.

وعلى الرغم من أن البعض يرى أن النمو العقلى للطفل التوحدى ربما يتطور بشكل شبه عادى لدى بعض هؤلاء الأطفال مع تسليم الكثيرين بوجود قصور فى هذا الجانب أيضًا، فإن مثل هذا القصور على أى حال يكون أخف وطأة من النمو الاجتماعى . وما يدعم ذلك أن هناك من الباحثين والعلماء المهتمين بدراسة هذا الاضطراب من يرون أن الترديد المرضى للكلام ربما يرجع إلى قصور فى الجانب العقلى للطفل يجعله لا يستطيع التركيز سوى على إشارة أو خاصية واحدة للشيء، ولا يستطيع أن يركز على أكثر من ذلك فى ذات الوقت فإذا عرضنا عليه صورة لوردة مثلاً، وقلنا له إنها

وردة، وحاولنا أن نركز كثيراً على حركات الشفاه لتوضيح الصوت له ، فسوف نجد أنه قد ينظر إلى الصورة، ويمسكها بيده فقط دون أن ينطق بالصوت، أى دون أن يقول أنها وردة حيث لا يكون بإمكانه أن يولى انتباهه لأكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء الواحد فى نفس الوقت . ويعد ذلك حالة متطرفة لخاصية التركيز centeration التى يتميز بها تفكير الطفل العادى حتى سن السابعة حيث يرى عادل عبد الله (١٩٩٢) أنه وفقاً لهذه الخاصية لا يستطيع الطفل أن يضع فى اعتباره أكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء فى الوقت ذاته كالطول، أو العرض مثلاً، ومن ثم لا يمكنه أن ينظر إليه إلا من زاوية واحدة فقط حيث لا يكون بمقدوره أن يدرك قانون التعويض Compensation بعد والذى يعنى أننا عندما نعرض عليه إناءين متشابهين شكلاً وارتفاعاً، ويوجد بكل منهما نفس الكمية من الماء، ثم نصب الماء من إحداهما فى إناء آخر أقل فى الارتفاع، ولكنه أكثر اتساعاً من الإناء الأول فإن طول الأداء الأول يعوضه اتساع الإناء الثاني، وأننا لم نأخذ من كمية الماء الموجود شيئاً، ولم نضف لها أيضاً ، ومن ثم يدرك أن كمية الماء واحدة فى الإناءين . وبالتالى نلاحظ أن ذلك ليس هو المقصود هنا، ولكن المقصود هو حالة تتسم بزيادة مستوى تطرفها فالطفل يركز على الوردة ويمسك الصورة بيده، ولكنه لا يستطيع أن يقول إنها وردة على الرغم من التركيز الواضح على حركة الشفاه من جانبنا أثناء النطق بالكلمة .

وتمثل هذه الخاصية إحدى الأهداف التى حاولنا من خلال جداول النشاط المصورة أن نعمل على تنميتها لدى الطفل ، فكنا نقوم بعرض الصورة عليه ونطلب منه أن يشير إليها ، وأن يضع إصبعه عليها ، وأن يذكر اسم ما تتضمنه تلك الصورة من أدوات، أو ما تدل عليه إذا كان يعرف ذلك ، أو ينتظر ليردد ذلك الاسم وراء الباحث . كما قمنا من جانب آخر بإدخال ذلك على مكونات الأنشطة المتضمنة أيضاً (عادل عبد الله ومنى خليفة ٢٠٠١ ، عادل عبد الله والسيد فرحات ٢٠٠١). وهو أمر يحتاج بما لا يدع مجالا للشك إلى مزيد من الصبر والمثابرة حتى يمكن أن نعالج

مثل هذا الخلل أو نحد منه إلى الدرجة التى تجعل تلك الحصيلة اللغوية التى يكتسبها الطفل تزداد وتنمو ، كما تجعل باستطاعته نتيجة لذلك أن يقيم حواراً، أو مناقشة بسيطة مع أحد الأقران .

ومن ناحية أخرى يضيف كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الطفل التوحدى بجانب قيامه بتكرار غير ذى معنى للكلمات التى يسمعها لا يستخدم معانى الكلمات كى تساعده على استرجاع المعلومات ، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التى يستقبلها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا الترديد المرضى للكلام. كذلك فهو لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التى لديه فى سياقات أو مواقف اجتماعية مختلفة وهو الأمر الذى يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق استخدام جمل أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل فى حوارات أو مناقشات ذى معنى مع الآخرين.

وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تساعد على حدوث القصور فى التواصل من جانب الأطفال التوحديين واستمراره وهى أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من قصور فى فهم وإدراك الحالات العقلية mental states سواء الخاصة بهم، أو بغيرهم من الآخرين المحيطين بهم. وهناك ما يعرف بنظرية العقل أو المعرفة theory of mind تعرض لذلك حيث تتناول قدرة الفرد على إدراك الآخرين، وفهمهم من خلال حالاتهم العقلية الداخلية internal mental states كالاعتقادات ، والنوايا ، والانفعالات ، وفهم البيئة الاجتماعية ، والقدرة على الإتيان بسلوك اجتماعى مناسب، وهو الأمر الذى نرى أنه يرتبط بما نسميه فى هذا المجال بالقدرة على أخذ الدور role- taking ability عقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً. وبالنسبة للأطفال التوحديين نجد أنه ليس بمقدورهم تكوين اعتقادات معينة، أو أدراك ما يعتقده الآخرون ، كما تكون النية غير واضحة فى سلوكياتهم، ولا يمكنهم من ناحية أخرى إدراك نوايا الآخرين، وتقييم ما يصدر عنهم من سلوكيات فى ضوء ذلك. وإلى جانب ذلك فإنهم لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم بشكل مقبول، ولا يكون

بإمكانهم التمييز بين الانفعالات المختلفة . أما بالنسبة للبيئة الاجتماعية فليس من السهل عليهم فهم تلك البيئة، وإدراك مكوناتها، وما يمكن أن يوجد بينها من علاقات. كما أن سلوكياتهم الاجتماعية فى أغلبها تكون غير مقبولة اجتماعياً . ولذلك فإننا إذا ما أردنا أن نقوم بتنمية قدرتهم على التواصل يصبح لزاماً علينا أن نهتم بهذه الجوانب المختلفة والمتعددة التى عرضنا لها (عادل عبد الله ٢٠٠٠ – أ) حيث يكون علينا أن ننمى المستوى اللغوى لهؤلاء الأطفال ، وأن ندربهم على التمييز بين الانفعالات المختلفة، وأن نساعدهم على إجراء الحوارات المختلفة مع الأقران ، وأن نساعدهم على الإتيان بسلوكيات اجتماعية مقبولة وذلك من خلال تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يؤدى بطبيعة الحال إلى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية ، وهو ما كشفت عنه نتائج تلك الدراسة التى أشرنا إليها حيث تحسنت المظاهر السلوكية المتضمنة .

ويرى بومنجر وكاسارى (١٩٩٩) Bauminger & Kasari أن الدراسات الحديثة التى تناولت هذا الموضوع قد أثبتت أن هؤلاء الأطفال لديهم قصور واضح فى تلك الجوانب أو القدرات، وأن جميعها كما نعلم يرتبط بالقدرات المعرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب القصور يمثل مظهراً آخر من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد . ومع ذلك يرى جمع من الباحثين أن حوالى ٧٥ % تقريباً من الأطفال التوحديين لديهم نسب ذكاء فى حدود التخلف العقلى البسيط أو المتوسط ، كما أن بعضهم يتمتع بمستوى ذكاء متوسط ، فى حين نجد أن نسبة تتراوح بين ٥ – ١٠ % من هؤلاء الأطفال لديهم قدرات عقلية مرتفعة ونسب ذكاء مرتفعة أيضاً .

والحقيقة أن هذه النتائج تعد على درجة عالية من الأهمية فى هذا الإطار، ولكن الأمر يتطلب أن نوضح من جانبنا أن بعض هذه النتائج كان سائداً وقت نشر تلك الدراسة وما بعدها، ولكنها قد تغيرت فى جانب منها حيث توضح تلك الإحصاءات الحديثة التى نشرها الاتحاد القومى للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR عدداً من الحقائق يمكن أن نعرض لبعضها كما يلى :

١- أن ما يربو على حوالى ٩٠ % تقريباً على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم فى حدود التخلف العقلى البسيط أو المتوسط فقط.

٢- أننا نادراً ما نجد أطفالاً توحديين يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى.

٣- أن جانباً من هؤلاء الأطفال الذين يمثلون النسبة الباقية تقل مستويات ذكائهم عن تلك الحدود، وأنهم عادة ما يعانون من التخلف العقلى إلى جانب اضطراب التوحد.

٤- أن جانباً لا بأس به من تلك النسبة المتبقية منهم تكون مستويات ذكائهم مرتفعة، وربما مرتفعة جداً، وقد يكون بعضهم موهوباً حيث يكونوا من ذوى متلازمة أسبرجر.

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التى تميز اضطراب التوحد هى أوجه قصور متعددة، وإن كانت جميعها لا تعتبر هى المسئولة عن حدوث الاضطراب إلا أنها فى الغالب تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أياً منها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ الطفل بالفعل فى المعاناة من هذا الاضطراب. وهذا يؤكد فكرة أنها جميعاً تعد بمثابة نتيجة لذلك الاضطراب، وأنها لا ترتبط بتلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى إلى حدوثه من قريب أو بعيد حيث أن مثل هذه الأسباب لا تزال كما أوضحنا سلفاً غير معروفة إذ لا يوجد هناك حتى الآن سبب واحد معروف على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث هذا الاضطراب. ومن هذا المنطلق يصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة.

ثالثا : السلوكيات :

تمثل السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد والتى تعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التى يمكن للوالدين أو لأى شخص يتعامل مع الطفل التوحدى أن يلاحظها بسهولة حيث يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثانى من عمره كأن يستمر مثلاً فى إضاءة

الأنوار وإطفائها ، أو يستمر فى نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى ، أو يمشى فى أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط. كما قد يقوم بتكرار اللعب بشيء واحد أو مع شخص واحد. وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التى يأتى بها مثل هذا الطفل تشبيك الأيدى أو ثنيها مثلاً، أو ضرب الرأس فى الحائط ، وقد يبدى سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذى نفسه ، كما يفتقر بشكل واضح إلى الوعى بالأمان ، وتنتابه نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك. وإذا ما حاولنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات فإنه غالباً ما يستجيب لذلك بنوبة مزاجية تتمثل فى أغلب الأحيان فى البكاء، والصراخ، والتخبيط باليد فى أى شيء ثابت أمامه إلى جانب الغضب.

كذلك فإن الطفل التوحدى كثيراً ما يأتى بحركات جسمية غير عادية، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة، وكثيرة، ومتكررة فى بعض الأحيان حيث نجده على سبيل المثال يرفرف بيديه وذراعيه وكأنه حمامة تحلق فى الفضاء ، كما يكثر من القفز فى المكان ، ويميل إلى أن يمشى على أطراف أصابعه ، أو يشد ساقيه فى أحيان أخرى بصورة تجعلهما تبدوان وكأنهما متصلبتان، ويدور كثيرا فى المكان ويستمر على ذلك لفترة غير قصيرة، وتكثر حركات يديه ورجليه عند استثارته، أو عندما يمعن النظر فى شيء معين . إلا أن حركاته بشكل عام لا تتسم بالرشاقة سواء حركاته فى المشى أو التسلق أو الاتزان ، وقد تتسم حركاته بالتصلب ، وقد يقف على درجات السلـــم بالقدمين معاً دون تبديل وذلك عند صعود السلم . وبوجه عام يفتقر غالبيـــة هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية، واستخدام كلتا اليدين بنفس الدرجة.

وتضيف سميرة السعد (١٩٩٧) أن السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التى يبديها هؤلاء الأطفال غالباً ما تتسم بأنها مقيدة وذو مدى ضيق ، وأنهم عادةً ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين، أو غير ذلك مما قد يؤدى إلى استثارة من حولهم ، إلا أنهم أحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء

الجسدى لأنفسهم وهو الأمر الذى يعد بمثابة عدوان موجه نحو الذات. ويشير عادل عبد الله (٢٠٠١ – أ) إلى أن الطفل التوحدى قد يكون مفرط الفاعلية أو السلبية حيث قد يظل ساكناً فى مكانه وكأنه يخشى من حدوث شئ ما ، أو يهاب أن يتحرك من مكانه. كما قد يصل به الأمر من ناحية أخرى إلى حد النشاط الحركى الزائد أو المفرط حيث أن الأمر عندما يبدأ بنقص الحركة فإنه عادة ما ينتهى بعد ذلك بفرط الحركة. وجدير بالذكر أنه عند المقارنة بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقلياً فى النشاط الحركى المفرط اتضح أن الأطفال التوحديين يتفوقون على الأطفال المتخلفين عقلياً فى هذا الجانب حيث كانت الفروق دالة لصالحهم فى النشاط الحركى المفرط وأبعاده.

وهناك إلى جانب ذلك سمة أخرى لها أهميتها فى هذا الصدد تتمثل فى الثبات على روتين معين، ومقاومة أى تغيير يطرأ عليه حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً . ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يبدون فى البداية عدم استقرار على أى نظام سواء فى الأكل أو النوم أو اللعب ، أو أى أداء سلوكى آخر، إلا أنهم عندما يتعلمون نظام معين لأداء أى شيء فإنهم يتمسكون بهذا النظام بشكل صارم، ويعملون على تطبيقه بحذافيره دون أن يطرأ عليه أدنى تغيير حتى يصل بهم الأمر إلى أن يصبحوا عبدة لهذا الروتين العقيم. وتشير سميرة السعد (١٩٩٧) إلى أن هذه المشكلة قد تحدث بطرق عديدة فقد يرفض الطفل تغيير مكان أى قطعة أثاث فى المترل ولو لبضع سنتيمترات ، أو تغيير الطريق الذى يسلكه للوصول إلى مكان معين على سبيل المثال ، أو تغيير الأكل الذى يتناوله حيث قد يرفض أن يأكل أكثر من نوعين أو ثلاثة من الأطعمة ، أو يصر على أن يوجد شئ معين كلعبة أو زجاجة مثلا برفقته طوال اليوم ، وهكذا. وعندما يتعلم الطفل هذا الروتين، ويتمسك به، ويصر عليه فإنه يصبح مسيطراً على حياة الأسرة بأكملها وليس على حياته هو فقط.

ولا يخفى علينا ما لجداول النشاط المصورة من أهمية ملحوظة فى هذا الجانب حيث يمكن من خلالها أن نحد من ذلك ، وسوف نرى أننا بعد أن نقوم بتعليم الطفل

استخدام جدول النشاط المصور وإتباعه، وبعد أن يجيد الطفل القيام بذلك فإننا نقوم عادة بإعادة ترتيب الصور والأنشطة المتضمنة بالجدول فتتغير أماكنها بالتالى ، ثم نعمل بعد ذلك على إضافة صور وأنشطة جديدة أو نؤلف جدولاً جديداً من جدولين موجودين معنا، ثم نقوم على أثر ذلك بتغيير أماكن الأدوات على الرف أو المنضدة ، وهكذا.

رابعا : العمليات الحسية والإدراكية :

يعتمد الأطفال التوحديون كثيراً فى استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وخاصة اللمس، والتذوق، والشم وإن كانوا مع ذلك يميلون إلى كل من الطعوم الكريهة من جانب، وإلى الروائح الكريهة من جانب آخر. ومن الغريب أنهم قد يستمتعون بتلك الألعاب التى تنطوى على التلامس الجسدى على الرغم من أنهم لا يحبون فى الغالب أن يلمسهم أحد. وسوف نرى من خلال دراستنا لجداول النشاط المصورة كيف يمكننا أن نتغلب على تلك الخاصية التى تتمثل فى أنهم لا يحبون غالباً أن يلمسهم أحد. ويتضح من خلال هذه السطور القليلة السابقة أن حواسهم قد تتأثر بالمثيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكبر بكثير من أقرانهم وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للإ حساسات المادية.

وإلى جانب ذلك فإن الطفل التوحدى قد يبدو وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية ، فنجده على سبيل المثال يعبر الشارع غير عابئ بتلك السيارة المسرعة التى تسير نحوه، أو بصوت آلة التنبيه التى يطلقها سائق تلك السيارة، وقد لا يكترث بالأصوات المختلفة من حوله، ولا يلتفت إليها مهما كانت درجة حدتها أو شدتها، ويبدو وكأنه لا يسمعها جميعاً، بينما نجده فى مواقف أخرى يسمع صوتاً منخفضاً بدرجة غير قليلة. كذلك إذا ما تمت مضايقته فإنه قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة وهو الأمر الذى قد يضايق المحيطين به إلى درجة كبيرة ، وقد يجعل أقرانه يبتعدون عنه ويفضلون عدم الاختلاط به. كما أنه من جانب آخر قد يضع أصابعه

فى أذنيه، أو يغطيهما بيديه وذلك عند سماع أصوات معينة حيث أن مثل هذه الأصوات ربما لا تروق له، أو أنه لا يميل إليها، ولا يفضل أن يستمع لها. ومع ذلك فإنه غالباً ما ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها إلى جانب التراكيب الغريبة ، إضافة إلى ما أوضحناه سلفاً من انجذابه إلى الطعوم والروائح الكريهة. وقد يكون الطفل إلى جانب ذلك إما مفرط الحساسية للألم أو لديه نقص فى حساسيته للألم فلا يشعر به بسهولة، ويخبره وكأنه لم يمر به، ولم يجربه ولذلك نجده يضرب رأسه فى الحائط ، أو يضرب يده فى أى شئ ثابت أمامه، أو يجرح أو يؤذى نفسه ، أو يطأ بقدميه الأرض بما عليها من مصادر ألم كالشوك، أو الزجاج، أو المسامير، أو ما إلى ذلك، وهكـــذا. ويعتبر ذلك أيضاً تعبيرا عـــن ردود فعـــل غير عادية للإحساسات المادية وذلك عنـــد مقارنته بأقرانه العاديين أو حتى أقرانه مـــن الفئات الإعاقة الأخرى.

ومن ناحية أخرى يرى عمر خليل (١٩٩٤) أن هذا الاضطراب فى جوهره يعد اضطراباً فى الإدراك ، وأن هؤلاء الأطفال كما ترى سميرة السعد (١٩٩٧) لا يستطيعون إدراك الموقف الذى يوضعون فيه، ولا حتى إدراك الخطر الحقيقى فى أى موقف من تلك المواقف فقد يحاول الطفل أن يمشى على حافة السلم (الدرابزين)، أو النافذة، أو أى مكان مرتفع بكل ثقة وبلا أدنى خوف من ذلك الموقف ، وقد يحاول إذا ذهب إلى الشاطئ أن يدخل عرض البحر حتى وهو يرتدى ملابسه وذلك لرغبته فى السباحة دون أدنى شعور بالخوف من ذلك . وقد يرجع كل هذا إلى عدم إدراك الطفل للخطر الحقيقى فى تلك المواقف المختلفة التى يمكن أن يتعرض لها على مدار اليوم بأكمله.

ويمكن للوالدين أن يقوما بعلاج كل موقف على حدة نظراً لأن الطفل التوحدى يجد صعوبة فى التعميم من موقف لآخر، وبالتالى عليهما أن يعلمانه مثلاً كيفية عبور الشارع ، والبعد عن النار، وأن يضعا شبكة من القضبان الحديدية على كل نافذة، وأن يضعا أقفالاً على الخزائن والمطبخ ، وهكذا حتى يتمكنا من إبعاده عن الخطر.

ويعد العمر من الثانية إلى الخامسة هو أسوأ وقت لذلك حيث يحاول الطفل أن يقوم بكل هذه الأشياء مما يسبب إزعاجاً شديداً لوالديه، وقد يعد ذلك استكشافاً للبيئة المحيطة من جانبه. أما بعد هذا السن فيقل الخطر حيث يصبح الطفل أكثر انتباهاً للخطر، وأكثر استعداداً لطاعة الأوامر وذلك قياساً بما كان عليه من قبل ، وبالتالى يمكن أن يقوما بتعليمه التصرف فى تلك المواقف المختلفة.

خامسا : اللعب :

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدى يفتقر فى السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي. وعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة، وبقليل من التنوع والإبتكارية والتخيل . كما تقل المظاهر الرمزية فى ألعابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدى بنقص أو قصور فى اللعب التلقائى أو التخيلى ، ولا يبدى أى مبادرات للعب التظاهرى أو الإيهامى make- believe كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين، أو يقلدهم فى ألعابهم حيث يتم لعب الطفل هنا بشكل نمطي، وتكراري، ويسير على وتيرة واحدة . كذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بغرض الشعور بالمشاعر البسيطة التى تبعث فيه سعادة كبيرة؛ فالسيارة (اللعبة) ليست سوى شئ بارد، وصلب، وتصدر صوتاً عندما تسير على الأرض .

وإذا كان الطفل العادى يكتشف العالم عن طريق اللعب حيث تنمو لغته وفهمه للعالم من حوله ، ثم يبدأ فى استخدام الألعاب لترمز إلى ما حوله من أشياء حقيقية ، فإن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة للطفل التوحدى فهو عندما يمسك باللعبة لا يتخيلها على أنها ترمز إلى الشيء الحقيقى من حوله، ولكنه يرميها ليسمع صوت ارتطامها بالأرض ، أو ليضعها فى صف مع غيرها من اللعب، أو يمسكها دون أن يعرف كيف يلعب بها . وعندما يكبر الطفل قليلاً فإنه يجد بعض المتعة فى ألعاب التركيب حيث يستمتع بتركيب القطع معاً دون النظر إلى ماذا يبني. ولذلك فإن مثل هذا الأمر قد دفع بالكثيرين إلى القول بأن الطفل التوحدى لا يتجاوز فى نموه العقلى المعرفى المرحلة

الفرعية السادسة (بداية التفكير) من المرحلة الأولى التى حددها بياجيه Piaget والتى تعرف بالمرحلة الحس حركية sensorimotor stage حيث أن المرحلة الفرعيـــة الأولى (ما قبل الفكر الإدراكي) pre conceptual من المرحلة الثانية (مرحلة ما قبل العمليات) pre operations تعنى بالتفكير الرمزي، وتسود خلالها الألعاب الرمزية، فإذا كان الطفل يواجه قصوراً فى مثل هذه الألعاب، وهذا التفكير فإنه فى الغالب لا يمكن أن يكون قد وصل إلى مثل هذه المرحلة وإلا كان من الممكن له أن يتغلب على تلك الأمور.

ومن ناحية أخرى وبسبب ضعف اللغة، والتخيل لدى الطفل التوحدى فإنه غالباً لا يستطيع الاندماج فى اللعب مع الأطفال الآخرين. وعندما يؤدى الطفل لعبة معينة ويجيدها ويصبح بارعاً فى أدائها فإنه يؤديها كل مرة دون أى محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكارى من ناحية، وبتمسكه الصارم بالروتين من ناحية أخرى. هذا وقد حاول نبيـــل الغـــرورى وررومانشيـــك (١٩٩٩) El-Ghoroury,N.&Romanczyk أن يستخدما تفاعل أعضاء الأسرة أثناء اللعب مع الأطفال كجانب تعويضى للقصور الذى يبديه الأطفال التوحديون فى اللعب وحتى يتمكنا من خلال ذلك من تنمية السلوك التكيفى والأداء الاجتماعى بشكل عام للأطفال التوحديين. وأسفرت نتائج الدراسة عن أن التفاعلات الأسرية مع الأطفال التوحديين أثناء اللعب تساعد هؤلاء الأطفال على أن يبادروا بالتفاعلات خلال مواقف اللعب وهو ما يعد تعويضاً عن القصور الذى يبديه مثل هؤلاء الأطفال فى هذا الجانب بطبيعة الحال. كذلك فقد كشفت النتائج أيضاً عن حدوث تحسن فى السلوك التكيفى والأداء الاجتماعى لهؤلاء الأطفال بشكل عام .

نسبة الانتشار

تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America أن نسبة انتشـــار هذا الاضطراب فى الولايات المتحدة تبلغ ٠,٠٦ % ، ويرى كنـــدول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة انتشار اضطراب التوحد فى اليابان على سبيل المثال

تعد أعلى من مثيلتها فى أى دولة أخـــرى من دول العـــالم حيـــث تتـــراوح بين ١٣,٠ - ١٦,٠ % فى حين تبلغ النسبة فى المملكة المتحدة ٠,٠١ % أما الصين فتعد أقل دول العالم من حيث انتشـــار هـــذا الاضطـــراب حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٠٤ % .

وكما أشرنا من قبل فإن الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America قد نشرت فى عام ١٩٩٩ أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتراوح بين ٠,٤ — ٠,٥ لكل ألف حالة ولادة، أى أن النسبة بمعنى آخر تتراوح بين ٤- ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حـــالة ولادة. كما أقرت أيضاً بعد ذلك أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تبلغ ١: ٥٠٠ حالة ولادة، ثم جاءت الإحصاءات التى نشرها الاتحاد القومى للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد NAAR والتى نشرها منذ شهر يناير عام ٢٠٠٣ لتؤكد أن نسبة انتشار هذا الاضطراب قد أصبحت ١: ٢٥٠ حالة ولادة أى طفل واحد لكل مائتين وخمسين حالة ولادة، وهى نسبة مرتفعة بطبيعة الحال جعلت من اضطراب التوحد ثانى أكثر الإعاقات العقلية شيوعاً وانتشاراً، ولا يسبقه فى هذا الصدد سوى التخلف العقلى فقط.

ومع ذلك فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب فى البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال التوحديين، ولا توجد مراكز أو جمعيات خاصة بهم إلا نادراً، وأن مثل هذه المراكز فى غالبيتها تعد مراكز أهلية، كما أن تلك الفئة من فئات الإعاقة تكاد تكون مهملة. والأكثر من ذلك كله أن أعضاء تلك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقلياً وبالتالى يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية وهو الأمر الذى يكون من شأنه أن يؤدى إلى عدم قدرتهم على الاستفادة من تلك البرامج التى يتم تقديمها لهم فى مثل هذه المدارس حيث أن تلك البرامج يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً وليس للأطفال التوحديين.

مآل الاضطراب

من الجدير بالذكر أن ما يهمنا بالدرجة الأولى عند التحدث عن أى اضطراب هو أن نتعـــرف على ما يمكن أن تأول إليه الحالة بعد أن نقوم بالتدخل اللازم فى هذا الصدد. وبالنسبة لتطور هذا الاضطراب فإنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون بعض التحسن مع مرور الوقت فإن الغالبية يستمرون على إعاقتهم الشديدة خلال مرحلة المراهقة ويظلون غير قادرين على العناية الكاملة بأنفسهم . وفى ظل عدم وجود تدخلات مبكرة فإن نسبة التحسن الحقيقية بين هؤلاء الأطفال لا تتعدى ١-٢% تقريباً وهم أولئك الذين يتمتعون بوجود مهارات لغوية لديهم إلى جانب نسب ذكاء مرتفعة.

ويرى نيوسوم (١٩٩٨) Newsom أن نسبة ١٠ % تقريباً من الأطفال التوحديين هـــم الذين يحققون تقدماً فى المجال اللغوى والاجتماعى ، بينما يستطيع ٢٠% أن يحققوا بعض التقدم فى المجال الأكاديمى إلى جانب المجال الاجتماعى على الرغم من وجـــود إعاقة واضحة فى قدرهم على التحدث ، فى حين لا يحرز حوالى ٧٠ % منهم سوى تقدم محدود جداً ، ويظلون بالتالى على معاناقم الواضحة من الإعاقة الشديدة بما تتركه عليهم من آثار سلبية تتضح بشكل جلى فى ذلك القصور الحاد فى الجانب الاجتماعى سواء فى السلوك الاجتماعى أو العلاقات الاجتماعية أو التفاعلات الاجتماعية إلى جانب القصور فى التواصل، والنمو اللغوي، واللعب، والإدراكات الحسية إضافة إلى ما يأتون به من سلوكيات نمطية مقيدة وتكرارية.

الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالتوحد :

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA أن هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالتوحد وتندرج تحت العنوان الرئيسى (الاضطراب النمائى العام أو المنتشر) Pervasive Developmental Disorder (PDD) والذى يمثل فئة عامة من الاضطرابات تتسم بوجود خلل شديد وشامل فى العديد من مجالات النمو. ويحدد

دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV عدداً من المحكات التى يجب توفرها حتى يتم تشخيص الأطفال فى إطار هذه الفئة . وعندما يتوفر عدد من السمات التى تم تحديدها فى هذا الدليل فإن ذلك يعنى انطباق الاضطراب على الفرد . ومما لا شك فيه أن التقييم التشخيصى يعتمد بالدرجة الأولى على الملاحظة من قبل المختصين والآباء لوجود سلوكيات معينة . ويعانى الأفراد الذين يصابون بأى اضطراب من تلك التى تتبع فئة الاضطراب النمائى العام أو الشامل من قصور فى التواصل ، وقصور فى الجانب الاجتماعى ولكنهم يختلفون فى مدى حدة ذلك الاضطراب . وهناك بعض النقاط الرئيسية التى تسهم فى تمييز الفروق بين التشخيصات المختلفة لتلك الاضطرابات التى يضمها ويتضمنها اضطراب طيف التوحد تعرض لها على النحو التالى :

١ – الاضطراب التوحدى : autistic disorder

ويتسم بوجود خلل فى التفاعلات الاجتماعية ، والتواصل اللغة، واللعب والتخيل وذلك قبل أن يصل الطفل سن الثالثة ، إلى جانب السلوكيات النمطية ، ووجود قصور أو خلل فى الاهتمامات والأنشطة . ويعد هذا الاضطراب هو محور اهتمامنا الحالى أو محور حديثنا الذى نحن بصدده .

٢ – اضطراب أو زملة أسبرجر : Asperger`s disorder

ويتسم بوجود خلل فى التفاعلات الاجتماعية ، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية فى اللغة ، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى المرتفع، وربما المرتفع جداً حيث من الملاحظ أن هذه الفئة على وجه التحديد دون سواها تضم أطفالاً موهوبين بين أعضائها .

٣ – اضطراب نمائى عام غير محدد فى مكان آخر:

Pervasive developmental disorder nototherwise specified.

ويشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدى غير نمطى أو غير نموذجى atypical ويتم

تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل فى عدد من السلوكيات المحددة .

٤ – اضطراب أو زملة ريت Rett`s disorder

وهو اضطراب نمائى يصيب البنات فقط . وفيه يحدث النمو الطبيعى أولاً ثم تفقد البنت المهارات التى اكتسبتها من قبل ، كما تفقد الاستخدام الغرضى لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ، ويبدأ ذلك فى السن من ١-٤ سنوات .

٥ – اضطراب الطفولة التفككى أو التفسخى : Childhood disintegrative disorder ويتسم بحدوث نمو طبيعى للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل ، ثم يفقد الطفل المهارات التى اكتسبها من قبل .

تشخيص وتقييم الاضطراب :

يعد اضطراب التوحد autism من الاضطرابات النمائية الحادة التى تصيب الطفل كما أوضحنا سلفاً قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات ، وقد كان ينظر إليه من قبل على أنه يعد بمثابة زملة أعراض سلوكية حيث كان يصنف على أنه اضطراب سلوكي، إلا أن دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV قد عرض له على أنه اضطراب نمائى عام أو شامل (منتشر) pervasive ويحدد التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى ، وبطبيعة الحال يعد هذا التأثير موضع الاهتمام تأثيراً سلبياً

وجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الربعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولى العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض

والاضطرابات المختلفة فى الوقت الراهن . ويرى فولكمار (١٩٩٦) Volkmar أنه لا يوجد أى تعارض بينهما فى تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفى تشخيص اضطراب التوحد على وجه الخصوص حيث يعد اضطراب التوحد هو محور اهتمامنا الحالي. وفى هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسى لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هى :

١- البداية :

عادة ما تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، حيث يحدد ذلك السن على أنه ثلاثين شهراً على الأقل ، أما الحالات اللانموذجية أو اللانمطية atypical فتتأخر بداية الاضطراب كثيراً عن هذا السن. وعندما يتأخر اكتشافه عن هذا السن يقوم البعض على الفور باستبعاد هذا الاضطراب عند التشخيص. ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الأداء الوظيفى للطفل يكون مختلاً فى واحد على الأقل من عدد من الجوانب تتمثل فيما يلى :

- التفاعل الاجتماعي .
- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعى .
- اللعب الرمزى أو الخيالى .

٢- السلوك الاجتماعى :

يوجد لدى الطفل قصور كيفى فى التفاعلات الاجتماعية وذلك فى اثنين على الأقل من أربعة محكات هى :

- التواصل غير اللفظى .
- إقامة علاقات مع الأقران .
- المشاركة مع الآخرين فى الأنشطة والاهتمامات
- تبادل العلاقات الاجتماعية معهم .

٣- اللغة والتواصل :

يوجد قصور كيفى فى التواصل من جانب الطفل يظهر فى واحد على الأقل من أربعة محكات تتمثل فى المحكات التالية :

- تأخر أو نقص كلى فى اللغة المنطوقة ،
- عدم القدرة على المبادأة فى إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين ،
- الاستخدام النمطى أو المتكرر للغة ،
- قصور فى اللعب التظاهرى أو الخيالى ،

٤- الأنشطة والاهتمامات :

توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية وذلك فى واحد على الأقل من أربعة محكات يبديها الطفل هى :

- الانشغال باهتمام نمطى واحد غير عادى ،
- الرتابة والروتين ،
- اتباع أساليب نمطية للأداء ،
- الانشغال بأجراء من الأشياء،

وإذا ما عرضنا لتلك المحكات التى تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA وذلك فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV والتى يتم فى ضوئها تشخيص الأطفال التوحديين فسوف نجد أن ذلك يتضمن بطبيعة الحال حدوث خلل فى المجالات أو الجوانب الخمسة التى عرضنا لها عند الحديث عن الملامح الأساسية المميزة للاضطراب بحيث يحدث ذلك الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، وتتمثل هذه الجوانب فيما يلى :

- التفاعل الاجتماعى ،

- اللغة ،

- التواصل ،

- اللعب ،

- السلوكيات ،

وذلك على النحو التالى :

أولاً : يشترط انطباق عدد من البنود بإجمالى ستة بنود على الأقل مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية (١، ٢ ، ٣) على أن تنطبق الشروط الثلاثة التالية على الطفل :

- بندان على الأقل من المحك الأول ،

- بند واحد على الأقل من المحك الثانى ،

- بند واحد آخر على الأقل من المحك الثالث ،

وهذه المحكات هى :

١ - حدوث خلل أو قصور كيفى فى التفاعل الاجتماعى كما يتضح من انطباق اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ-حدوث خلل أو قصور واضح فى استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والتعبيرات الوجهية ، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي ،

ب - الفشل فى إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائي ،

جـ - نقص فى البحث أو السعى التلقائى للمشاركة مع الآخرين فى الاستمتاع، والاهتمامات، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً فى نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها معه أو الإشارة إليها ،

د - نقص فى تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعالياً.

٢ - حدوث خلل أو قصور كيفى فى التواصل كما يتضح من انطباق بند واحد على الأقل من تلك البنود التالية على الطفل :

أ - تأخر أو نقص كلى فى اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أى محاولة تعويضية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات، أو التمثيل الصامت .

ب - خلل أو قصور واضح فى القدرة على المبادأة فى إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحديين ذوى المستوى اللغوى المناسب.

جـ - الاستخدام النمطى أو المتكرر للغة أو للغة خاصة به .

د - نقص أو قصور فى اللعب التظاهرى أو الإدعائى التلقائى والمتنوع أو اللعب الاجتماعى القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائى للطفل .

٣ - حدوث أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما يتضح من انطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - انشغال كبير باهتمام نمطى واحد أو أكثر يعتبر غير عادى سواء فى مدى حدته، أو بؤرة الاهتمام الخاصة به.

ب - التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملى وغير فعال.

جـ - أساليب أداء نمطية ومتكررة كالتصفيق بالأيدى أو الأصابع ، أو تشبيكها، أو ثنيها، أو الحركات العنيفة ، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم .

د - الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

ثانيا : حدوث تأخر أو أداء غير عادى فى واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره :

أ - التفاعل الاجتماعى .

ب - اللغة كما تستخدم فى التواصل الاجتماعي.

جـ - اللعب الرمزى أو التخيلى .

ويضيف المكتب الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) أن هناك عدداً من الدلائل التشخيصية التى تستخدم فى تشخيص هذا الاضطراب يعرض لها التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 تتمثل فى حدوث نمو غير طبيعى أو مختل أو كليهما وذلك قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره إلى جانب حدوث نوع مميز من الأداء غير السوى فى مجالات ثلاثة هى التفاعل الاجتماعى ، والتواصل ، والسلوك النمطى المقيد التكرارى . كما أن هذا الاضطراب يحدث بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث . كذلك فإنه لا تكون هناك فى العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوى ، وإن وجدت فإنها لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر .

كما توجد دائماً اختلالات كيفية فى التفاعل الاجتماعى المتبادل والتى غالباً ما تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية ، كما تتجلى فى فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعى أو كليهما . إضافة إلى ضعف استخدام الرموز الاجتماعية ، وضعف التكامل بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعى - العاطفى . كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية فى التواصل، وقد تأخذ شكل عدم الاستخدام لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة ، واختلال فى اللعب الإيهامى make-believe play والتقليد الاجتماعى ، وضعف المرونة فى التعبير اللغوى ، وفقدان نسبى للقدرة على الإبداع والخيال فى عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة

العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة فى التواصل . وكذلك عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التى تساعد فى التأكيد أو التواصل الكلامى .

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها ، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين فى الأداء اليومى والأنشطة وأنماط اللعب . وقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية ، وكثيرا ما تكون هناك انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية فى الأشياء كرائحتها، أو ملمسها على سبيل المثال ، إضافة إلى مقاومة أى تغير فى الروتين أو فى البيئة المحيطة .

وبذلك فإن هذه المحكات سواء فى DSM-IV أو فى ICD-10 تركز على بداية حدوث الاضطراب وذلك قبل وصول الطفل الثالثة من عمره ، ووجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية تتمثل فى الجوانب التالية :

- التفاعل الاجتماعى المتبادل .
- اللغة والتواصل .
- السلوك النمطى المقيد والتكرارى .

ومن ثم يتضح أن هناك تركيزاً على كيف الأداء الوظيفى فى تلك المجالات . وبذلك فنحن نتفق مع ما يراه فولكمار (١٩٩٦) Volkmar فى أنه ليس هناك أى تعارض بين ما يعرضه كل من هذين التصنيفين التشخيصيين حول اضطراب التوحد، بل إنهما يتفقان تماماً فى هذا الخصوص .

أما فيما يتعلق بتقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه فهناك عدد من المقاييس تم استخدامها فى بيئات أجنبية يأتى فى مقدمتها المقاييس التالية :

١ - قائمة ملاحظة السلوك التوحدى التى أعدها كروج (١٩٩٠) Krug والتى تحدد ثلاثة عوامل لهذا الاضطراب هى :

أ - القصور فى القدرة على التعبير اللفظى ·

ب - الانسحاب الاجتماعى ·

جـ - عدم القدرة على التواصل الاجتماعى ·

٢- استمارة الحالة المزاجية للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الأمريكية California Temperament Form والتى تحدد عدداً من الأبعاد لهذا الاضطراب من بينها الأبعاد الثلاثة السابقة ·

٣- مقياس التقييم المختصر للسلوك Behavior Summarized Evalution والذى يكتب اختصاراً BSE ويحدد ثمانية أبعاد للاضطراب تتمثل فى الأبعاد التالية :

أ - الانسحاب الاجتماعي ·

ب - القدرة على المحاكاة ·

جـ - التواصل ·

د - ضعف الانتباه ·

هـ - التعبير اللفظى ·

و - التعبير غير اللفظى ·

ز - علامات الخوف والتوتر ·

ح - الاستجابات الذهنية ·

٤- مقياس التقدير السلوكى للأطفال التوحديين وحالات التوحد اللانموذجي Behavioral Rating Instrument for Autistic and atypical Children BRIAC وهو من إعداد روتن Rutten ويتضمن هذا المقياس ثمانية

مقايـــيس فرعية تسهم جميعاً فى التعرف على مثل هذه الحالات، وتحديدها بشكل دقيق ، وتشخيصها. وتتمثل تلك المقاييس الفرعية فيما يلى :

أ - العلاقة مع الآخرين.

ب- التواصل.

جـ- النطق.

د - التخاطب.

هـ - الصوت وفهم الحديث والكلام.

و - التجاوب الاجتماعي.

ز - القدرة الحركية البدنية.

ح - النمو النفسى العضوي.

٥- قائمة ملاحظة السلوك للأطفال التوحديين Behavior Observation System BOS التى أعدها فريمان وآخرون .Freeman et.al . وتتكون من تسع فترات ملاحظة مدة كل منها ثلاث دقائق، ويتم خلالها جميعاً تسجيل سبع وستين سلوكاً مميزاً للاضطراب.

٦- المقياس التقديرى لاضطراب التوحد فى مرحلة الطفولة Childhood Autism Rating Scale CARS الذى أعده سكوبلر وآخرون .Schopler et.al ويتناول خمسة عشر متغيراً ترتبط بالاضطراب هى :

أ - قصور العلاقات الاجتماعية.

ب- التقليد.

جـ- اضطراب الانفعالات.

د - القدرة الحركية البينية.

هـ - السلوكيات النمطية.

و - مقاومة التغيير.

ز - استجابات غير عادية للمثيرات السمعية.

ح - عدم التجاوب مع البيئة المحيطة أو الاندماج معها.

ط - استجابات القلق.

ى - التواصل اللفظي.

ك - التواصل غير اللفظي.

ل - اللعب.

م - المستوى العام للنشاط.

ن - الذكاء الوظيفي.

س - الانطباعات العامة.

٧- اختبارات الذكاء، وينبغى خلالها استخدام الذكاء العملى أو الأدائى والابتعاد عن الذكاء اللفظى مع درجة كبيرة من الصبر والتأنى على الطفل. ومن أهم الاختبارات التى يمكن استخدامها لهذا الغرض ما يلى :

أ - مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال.

ب- مقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet للذكاء.

جـ- مقياس جودارد. Goddard

٨- البروفيل النفسى التربوى المعدل-Psychoeducational Profile Revised PEP R الذى قام بإعداده سكوبلر وآخرون (١٩٩٠) Schopler et.al. والذى يضم سبع مجالات وظيفية لتشخيص حالات اضطراب التوحد هى :

أ - التقليد.

ب- الإدراك الحسي.

جـ- المهارات الحركية الكبيرة.

د - المهارات الحركية الدقيقة.

هـ - المجال المعرفى اللفظي.

و - المجال المعرفى العملي.

ز - المجال السلوكى ، ويقيس خلاله أربع مجالات سلوكية كالتالى :

- العلاقات الاجتماعية.

- المجال الحسي.

- اللعب.

- اللغة.

٩- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior Rating Scale

وتوجد نسخة عربية من هذا المقياس من إعداد فاروق صادق، كما توجد نسخة أخرى بجامعة القاهرة تحت عنوان السلوك التوافقي. وإلى جانب ذلك قام عبدالعزيز الشخص بإعداد مقياس خاص به يسمى بمقياس السلوك التكيفى . ويمكن استخدام مقاييس السلـوك التكيفى لتحقيق أكثر من هدف من بينها ما يلى :

أ - قياس مهارات الحياة اليومية.

ب- تناول الجانب الاجتماعي.

جـ- تناول بعض المشكلات السلوكية.

د- قياس معدل الذكاء وخاصة من خلال التعرف على التآزر integration البصرى الحركى للطفل .

١٠- قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC وتستخدم فى الأساس للتعرف على ما يحدث من تغير أو تحسن فى مجالات أربعة أساسية هى جملة المقاييس الفرعية المتضمنة وذلك على أثر اللجوء إلى التدخلات المختلفة، كما يمكن كذلك استخدامها فى سبيل تشخيص حالات اضطراب التوحد، وتوجد نسخة عربية لهذه القائمة من إعدادنا، أما المقاييس الأربعة الفرعية بتلك القائمة فهى :

أ - التواصل اللفظى (اللغة والحديث)،

ب- الاجتماعية،

جـ- الإدراك والوعى الحسي/ المعرفى .

د - المشكلات الصحية والحالة الجسمية،

أما على المستوى العربى فلا يوجد هناك ما نأمل فى وجوده من الأساليب التشخيصية الكافية ولا أساليب التقييم الكافية أيضاً . وفى حدود علمنا هناك محاولات قليلة تمت بهذا الخصوص فى بيئتنا العربية تتمثل فيما يلى :

١- هناك محاولة عرض لها عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) وتضمن المقياس ١٦ عبارة يجاب عنها من خلال تحديد أحد اختيارين هما (نعم) أو (لا) ، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد يجب أن تنطبق ثمانى عبارات منها على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك . ولم يعرض هذا المقياس مستقلاً ، ولكنه يعد محاولة فى هذا الصدد،

٢- مقياس الطفل التوحدى ، إعداد : عادل عبد الله محمد (٢٠٠١ — د) ، ويعد بمثابة مقياس تشخيصى يعمل على التعرف على الأطفال التوحديين، وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوى الاضطرابات المختلفة، وعن الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك حتى يتم تقديم الخدمات، والخطط ،

والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم بما يساعدهم على الاندماج مع الآخرين فى المجتمع ٠ وقد تمت صياغة عبارات هذا المقياس فى ضوء المحكات الواردة فى وصف وتشخيص وتقييم مثل هذا الاضطراب وذلك فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجى والسيكاترى حول ما كتب عن ذلك الاضطراب ٠

ويتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها من خلال الاختيار بين أحد اختيارين هما (نعم) أو (لا) من جانب الأخصائى أو ولى الأمر أو أحد الوالدين ٠ وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد، ويعنى وجود نصف هذا العدد من العبارات على الأقل وانطباقهـــا على الطفل أنه يعانى فعلاً من هذا الاضطراب. وفى الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل فى هذا المقياس حيث يتم استخدامه بغرض تشخيصى فقط وذلك للتأكد من أن الطفل يعانى فعلاً من ذلك الاضطراب ٠

٣- النسخة العربية من قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد التى أشرنا إليها سابقاً والتى قمنا نحن بإعدادها باللغة العربية، والتأكد من صدقها وثباتها بشكل عام إلى جانب التأكد من نفس هذه الأمور بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الأربعة التى تتضمنها تلك القائمة، والذى يمثل كل منها مقياساً فرعياً مستقلاً يمكن استخدامه فى حد ذاته سواء فى إطار القائمة، أو استخدامه من جانب آخر بشكل مستقل عنها٠

وبذلك يتضح أن العيادة النفسية المصرية تعانى من قصور واضح فى أساليب تقييم هذا الاضطراب وهو الأمر الذى يحتاج إلى مزيد من الجهد والمتابعة حتى نصل إلى التشخيص والتقييم الصحيح للأفراد الممثلين لهذه الفئة ٠

رعاية الأطفال التوحديين :

هناك العديد من البرامج التدريبية التى يتم تقديمها سواء للأطفال التوحديين أو والديهم وذلك فى سبيل تأهيل هؤلاء الأطفال ورعايتهم حيث من المعروف أن الأطفال التوحديين لا يمكنهم أن يقيموا علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين ، ولا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الاجتماعى الناجح معهم وذلك بالطرق والأساليب التى تعتبر عادية . ومع ذلك فهم مثل غيرهم من الأطفال توجد بينهم فروق فردية تؤدى إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكى الوظيفى فيما بينهم ، وإن كان العديد منهم يعانون من خلل واضح فى هذا الجانب.

وتعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعداداتهم للتعلم، فيمكن على سبيل المثال أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسى ، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة ، أو يستخدم التواليت، أو ما إلى ذلك. ويعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقى برامج أخرى إذ تؤدى كما ترى سكريبمان وكوجل (١٩٩٦) Schreibman & Koegel إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة فى تلقى البرامج التالية التى تعد بمثابة برامج متقدمة تتطلب إجادة الطفل لتلك البرامج الأولية أو الأساسية التى يتلقاها أولاً مما يسهم كثيراً فى أن تؤتى مثل هذه البرامج المتقدمة بثمارها المرجوة . ويضيف كوجل وكوجل (١٩٩٦) Koegel & Koegel أن هناك نوعاً أخر من البرامج التى يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال تعمل على تحسين التواصل مع الآخرين من جانبهم سواء كان ذلك التواصل لفظياً أو غير لفظى. وتعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير الملائمة ، وتؤدى بالتالى إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال . ويمكن أن يشترك الأقران فى تلك البرامج ، كما يمكن أن يشترك فيها أيضا أعضاء من أسر هؤلاء الأطفال.

ومن الجدير بالذكر أن هناك برامج علاجية تقوم عل استخدام بعض العقاقير فى هذا الصدد، وقد قامت دراسات عديدة بفحص أثرها، ولكننا يجب أن نوضح هنا أن مثل هذه العقاقير لا تؤثر على اضطراب التوحد أو أعراضه أو تحد منها، ولكنها تستخدم لعلاج بعض المظاهر التى قد ترتبط بهذا الاضطراب كالنشاط الزائد مثلاً حيث أوضحت دراسة كوينتانا وآخرين (١٩٩٥) Quintana et. al. أن العلاج الطبى الذى تم إعطاؤه للأطفال التوحديين عينة الدراسة قد أدى إلى الحد من نشاطهم الزائد الذى كانوا يعانون منه. كما أنه قد أدى أيضاً كما أوضحت دراسة جوردون وآخرين (١٩٩٣) Gordon et. al. إلى الحد من الطقوس القهرية التى تعكسها سلوكياتهم التى كانوا يأتون بها.

أما فى الوقت الراهن فإن غالبية البرامج التى يتم تقديمها للأطفال التوحديين تعتمد كما يرى نيوسوم (١٩٩٨) Newsom على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تقديم الإرشاد والتدريب اللازم للوالدين فى هذا الإطار. ومن هذا المنطلق يثار سؤال أساسى بناء على ذلك مؤداه أنه إذا كان اضطراب التوحد يعد اضطراباً عقلياً معرفياً واجتماعياً فى جوهره وتكمن خلفه أسباب بيولوجية فى الأغلب والأعم فلماذا إذن نعتمد فى علاجنا له أو الحد من آثاره السلبية على البرامج السلوكية وبرامج تدريب الو الدين؟

وللإجابة عن هذا السؤال يسوق كندول (٢٠٠٠) Kendall حالة هيلين كيلر Helen Keller كمثال حيث كانت كفيفة وصماء منذ ميلادها ، ومع ذلك تعلمت أن تتحدث وتكتب من خلال أساليب بعيدة تماماً عن تلك التى تستخدم مع كف البصر أو الصمم إذ تعلمت ذلك من خلال التدريب مثلما يحدث فى البرامج السلوكية مع أن مشكلتها لم تكن سلوكية، ولم يكن سببها سلوكياً حتى نستخدم علاجاً سلوكياً لها. ومن هذا المنطلق يكون من المناسب، بل ومن الأفضل أن نستخدم إجراءات تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين حتى نتمكن من الحد من أى سلوك غير مرغوب اجتماعياً يمكن أن يأتوا به ، أو حتى نتمكن من تعليمهم القيام بأى سلوك

يعد مرغوباً من الناحية الاجتماعية. هذا إلى جانب أن الوالدين هما الأكثر قرباً من الطفل والأكثر احتكاكاً به والأكثر تلبية لاحتياجاته ، وهما اللذان يضطلعان بمسئولية تربيته ، ومن ثم فإن تدريبهما على كيفية التعامل معه ، وكيفية تعديل سلوكه ، وإكسابه سلوكيات مرغوبة يعد أمراً ضرورياً فى هذا الصدد.

وهناك مسألة أخرى فى سبيل رعاية هؤلاء الأطفال بدأت بعض الدول فى أوربا وأمريكا تأخذ بها ، ويتمثل ذلك فى إمكانية دمج mainstreaming هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بالمدارس كما هو الحال بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً. وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً ولكنه يكون دمجاً جزئياً وخاصة فى حصص النشاط . ويرى زيجموند وبيكر (١٩٩٥) Zigmond & Baker أن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم فى نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم فى فصول أو مدارس خاصة به . ويضيف ميسيبوف وشيا (١٩٩٦) Mesibov & Shea أن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل يحقق العديد من الانعكاسات الإيجابية التى يمكن أن تعود بالفائدة المرجوة عليهم، والتى يمكن أن تسهم فى تحقيق العديد من الأهداف التى نسعى إلى تحقيقها فى هذا الصدد. ومن أهم ما يمكن أن يمثله الدمج من مردود إيجابى على هؤلاء الأطفال التوحديين وفقاً لما كشفت عنه تلك الدراسات التى تناولت هذا الموضوع ما يلى :

١- أنه يمكن أن يزيد مما يتوقع المعلمون منهم أن يقوموا به .

٢- أنه يزيد من فرص نمذجة التطور أو النمو السوى لمختلف المهارات أو القدرات من جانب أقرانهم .

٣- أنه يزيد من فرص التعلم أمامهم .

٤- أنه يمكن أن يزيد فى الوقت ذاته من تقديرهم لذواتهم .

٥- أنه كلما كانت المجموعة أقل عدداً زادت استفادة الأطفال التوحديين من فرص التعلم التى تتاح أمامهم.

وإذا كان الاتجاه السائد فى رعاية هؤلاء الأطفال يتمثل فى ذلك الاتجاه الذى يعتمد على البرامج السلوكية فإن مثل هذه البرامج تركز فى الأساس على أوجه القصور السلوكية أو الإفراط الذى قد يبدو من جانبهم فى تلك الجوانب وذلك من خلال استخدام المعززات التى تعمل كمدعمات للسلوك أى من خلال استخدام التعزيز على أساس ثابت. وغالبا ما تهدف تلك البرامج إلى تعليمهم المهارات اللازمة للتعلم والاستعداد له، والسلوك الاجتماعى ، ومهارات التواصل حيث يتمكن هؤلاء الأطفال فى الغالب من خلال تدريبهم على مثل هذه البرامج أن يتعلموا بعض المهارات الاجتماعية البسيطة التى يصبح بمقدورهم من خلالها الاندماج مع الآخرين، والتفاعل معهم، والإقبال عليهم، والاهتمام بهم، والتواصل معهم ، كما يقل بالتالى انسحابهم من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ، ويقل سلوكهم العدوانى تجاه الآخرين، أو سلوك إيذاء الذات من جانبهم وهو الأمر الذى يؤكد فعالية مثل هذه البرامج فى هذا الصدد.

ويمثل تحسين المستوى اللغوى لهؤلاء الأطفال، أو تطوير نموهم اللغوى هدفاً جوهرياً فى تلك البرامج السلوكية. وعند استخدام تلك البرامج لذلك الغرض فإن التدريب هنا يجب أن يتبع تسلسلاً معيناً وذلك على النحو التالى :

١- يقوم الطفل بالنطق بالكلمة المحددة إذا كان يعرفها ، أو يردد تلك الكلمة وراء الباحث أو الوالد أو المعلم إذا كان لا يعرفها ، أو يمكن له أن يسمعها من خلال جهاز تسجيل ثم يرددها بعد ذلك.

٢- تتم مكافأة الطفل عندما ينطق بأى كلمة مع العلم بأن تعلم الطفل لكلمة واحدة قد يستغرق بعض الوقت ، لكن المهم هنا أنه مع تعلم الطفل نطق أى كلمة علينا أن نقوم بمكافأته على ذلك.

٣- يجب أن تتنوع المكافآت التى يحصل عليها الطفل، وأن تختلف من طفل إلى آخر وذلك وفقاً لما يفضله كل منهم. ويمكن أن يتحدد ذلك من خلال معرفتنا بهؤلاء الأطفال وما يفضلونه أو يميلون إليه.

٤- يجب أن تعطى المكافأة للطفل إذا نطق بالكلمة عقب محاولة الباحث أو الوالد أو المعلم أن يجعله يقوم بذلك من خلال إشارة تهدف إلى تذكرته بما ينبغى عليه أن يفعل. كما يجب ألا تعطى له مكافأة فى أى موقف دون ذلك حتى يتحقق هدف البرنامج.

٥- تعطى المكافأة للطفل إذا اقترب من النطق الصحيح للكلمة التى نطلب منه أن ينطق بها . وتعد هذه النقطة أساسية لأنه من المنطقى أن يقترب الطفل من النطق الصحيح لكلمات معينة، وأن ينطقها بلغته الطفلية وليس مثل الكبار.

٦- يمكن للباحث أو الوالد أو المعلم أن يستخدم النمذجة، والمكافأة فى سبيل تعليم الطفل النطق الصحيح للكلمات إلى جانب تعليمه بعض المهارات اللغوية ذات الأهمية فى هذا الصدد وهو ما يمكن أن يساعده على تحقيق قدر من التواصل.

ولا يخفى علينا أن مثل هذا الأمر يتطلب المزيد من الوقت والجهد والمثابرة حتى يتسنى للطفل الاستجابة لفظياً، وتكوين بعض الجمل البسيطة التى يمكنه بمقتضاها أن يدخل فى حوارات ومناقشات بسيطة ، ويتمكن بالتالى من التواصل مع المحيطين به.

ومن أشهر الطرق التى تستخدم مع هؤلاء الأطفال فى هذا الصدد تلك الطريقة التى قدمها لوفاز (١٩٨٧) Lovaas بجامعة كاليفورنيا California والمسماة بالطريقة المكثفة intensive والتى تعتمد على تدريب الطفل لمدة أربعين ساعة فى الأسبوع على أن يتولى كل مدرب مسئولية طفل واحد فقط. أما الطريقة الثانية فهى الطريقة الممتدة أو العادية extensive والتى تشبه الطريقة الأولى باستثناء عدد الساعات الأسبوعية حيث يصل عدد الساعات التى تعتمد عليها إلى عشر ساعات فقط أسبوعياً. وبالنسبة للفترة الزمنية المخصصة للبرنامج والذى يبدأ قبل أن يبلغ الطفل الثالثة وعشرة أشهر فتستمر حتى إلحاقه بالمدرسة لأنه يتم إعداده للتعلم من خلال تنمية مهاراته قبل الأكاديمية وإعداده للمدرسة. هذا وقد كشفت الدراسات التى

استخدمت هاتين الطريقتين مع هؤلاء الأطفال أن الطريقة الأولى أفضل فى نتائجها وأكثر فاعلية قياساً بالطريقة الثانية. ويرجع السبب فى طول الفترة المخصصة للبرنامج فى أنه يهدف إلى تنمية المهارات قبل الأكاديمية لدى الطفل وإعداده للمدرسة. ويمكن أن تستخدم كلتا الطريقتين لتحقيق أهداف أخرى لكن الوقت المخصص لكل برنامج يقل عن ذلك بكثير جداً. وجدير بالذكر أن برنامج لوفاز يركز على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم إكسابه الخبرات والمهارات المختلفة. ويتطرق البرنامج بعد ذلك إلى غرس مهارات أكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين matching وتقليد نطق أو كتابة الكلمات، والجمل، والأرقام مما يسهم فى إكساب الطفل المهارات الاجتماعية، والتواصل. كما يهتم البرنامج أيضاً بالتطبيق العملى للأنشطة المختلفة فى المواقف الطبيعية المختلفة.

ومن جانب آخر فإن هناك برنامج آخر يستخدم كذلك على نطاق واسع يتمثل فى البرنامج العلاجى والتربوى للأطفال التوحديين ومن يعانون من إعاقات التواصل المرتبطة Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children TEACH وهو البرنامج الذى أعده سكوبلر Schopler منذ أوائل سبعينيات القرن الماضى لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل، ومعالجة نواحى القصور التى يعانى منها، والعمل على تقديم تأهيل متكامل للطفل يتناول نواحى القصور التى يسببها اضطراب التوحد، وإعطاء أولوية للعلاج المعرفى السلوكي، والاهتمام بالوسائل البصرية والمثيرات البصرية عامة، والعمل على تنمية مهارات الحياة اليومية، والمهارات الاجتماعية من خلال المثيرات البصرية. وإلى جانب ذلك هناك برنامج آخر هو برنامج خبرات التعلم Learning Experiences (LEAP) يتم تقديمه للأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة، وهو كبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامه مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردى مثل برنامج لوفاز. ويقوم هذا البرنامج على خمسة أسس هى :

١- التدخل المبكر.

٢- التعاون بين المدرسة والأسرة والمجتمع لتنفيذ برنامج تدريبى مكثف.

٣- تعلم المهارات المختلفة من الأطفال العاديين حيث يقوم البرنامج على مبدأ الدمج وذلك لثلاثة أطفال توحديين مع عشرة أطفال عاديين ليضم الفصل بذلك ١٣ طفلاً.

٤- تنمية مهارات الطفل من خلال التخطيط الجيد لبرنامج تعليمى فردى أى فى ضوء حاجات الطفل وقدراته.

٥- الاعتماد على أنشطة منهجية فى تنمية مهارات الطفل وقدراته.

ومن ناحية أخرى هناك ثمة برنامج آخر يعد من أوسع البرامج الحديثة انتشاراً هو برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور Picture Exchange Communication System PECS الذى أعده بوندى فروست Bondy Frost عام ١٩٩٤ للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور لغوى حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع المدرس أو الوالد الذى يتواصل معه، ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التى تتضمن ما يريد أن يفعل، والبطاقة التى كَتب عليها " أنا أريد " ، مثل " أنا أريد " ثم صورة لطفل يأكل وذلك إذا كان الطفل يريد أن يأكل، علماً بأنه لن يحصل على ما يريد إلا بعد أن ينطق بالعبارة التالية " أنا أريد أن آأكل " ولو تم ذلك بعد العديد من المحاولات. ويقوم هذا البرنامج على أنشطة تواصلية مناسبة مع استخدام التدعيم أو التعزيز، والتصحيح الفورى للأخطاء، والتعميم إلى جانب التشكيل، والتلقين، والتسلسل العكسي، والتلاشي. ويمكن استخدام مثل هذه الصور فى الفصل أيضاً بغرض تنمية مفهوم الإدراك الحسى البصرى والسمعي، وتنمية الوعى بعناصر البيئة، والتفاعل بين الطفل وبين تلك البيئة.

وتتمثل أحدث الإستراتيجيات المستخدمة فى هذا الصدد كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٢ - أ ، ب ، ٢٠٠١ - أ) فى جداول النشاط المصورة وهى تلك الجداول

التى يأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوى كل منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أدائه. ولكل نشاط مكونات خمسة تتمثل فى إمساك الطفل بالجدول وفتحه ، ثم قلب الصفحة والوصول إلى الصورة المستهدفة والإشارة إليها ويجب أيضاً على الطفل أن يضع إصبعه على تلك الصورة ويسمى ما بها من أدوات إذا كان يعرفها أو ينتظر الوالد أو الباحث أو المعلم ليسمى له كلاً منها ثم يقوم هو بترديد تلك الكلمات وراءه. ويتمثل المكون الثالث فى إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط الذى تعكسه الصورة ، ثم أداء هذا النشاط والانتهاء منه والذى يمثل المكون الرابع ، أما خامس تلك المكونات وآخرها فيتمثل فى إعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلى الذى أخذت منه من قبل. وعند تعليم الطفل استخدام مثل هذه الجداول وإتباعها يجب أن يتم تدريبه على تلك المهارات اللازمة لذلك حتى يتمكن من استخدامها بسهولة، وهناك فى الواقع ثلاث مهارات تعد ضرورية حتى يتمكن الطفل من استخدام مثل هذه الجداول، وأداء تلك الأنشطة المتضمنة. وتتمثل هذه المهارات فيما يلى :

١- التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية.

٢- التعرف على الأشياء المتشابهة، وإدراكها، وتمييزها.

٣- إدراك التطابق بين الصورة والموضوع أو الشيء الذى تشير إليه.

وتتمثل الأهداف الرئيسية التى نسعى إلى تحقيقها من خلال استخدام هذه الجداول فى ثلاثة أهداف أساسية تسهم بدرجة كبيرة فى التغلب على بعض نقاط الضعف التى يتسم بها الطفل التوحدي، كما يمكن أن تساعده على تحقيق قدر معقول من التطور المنشود. وتتمثل هذه الأهداف فيما يلى :

١-تعليم الطفل السلوك الآستقلالي.

٢-إتاحة مدى أوسع من الاختيار أمامه.

٣-تدريبه على التفاعلات الاجتماعية ٠

وبالإضافة إلى ذلك يمكننا أن نقوم باستخدام مثل هذه الجداول فى سبيل تحقيق بعض الأهداف الأخرى التى يمكن أن نحددها فيما يلى :

١-تعليم الطفل مهارات معينة تعد ضرورية للقيام بأنشطة محددة ٠

٢-إكسابه بعض السلوكيات المرغوبة ٠

٣-الحد من بعض السلوكيات غير المرغوبة اجتماعياً ٠

وإذا كانت كل هذه الأمور تعمل بما لا يدع مجالاً للشك على مساعدة الطفل كى يتمكن من الاندماج مع الآخرين فإن جداول النشاط المصورة يمكن أن تستخدم بذلك فى سبيل التعديل السلوكى لهؤلاء الأطفال ، ومن ثم فهناك العديد من إجراءات تعديل السلوك تستخدم بغرض تعليم تلك الجداول للطفل وتدريبه عليها، إضافة إلى أن الإجراءات الخاصة بها كاستراتيجية تعمل جميعها فى سبيل تعديل سلوك الأطفال ومساعدتهم على الاندماج فى المجتمع حيث يمكن للطفل عندما يجيد استخدام هذه الجداول أن يؤدى النشاط المطلوب دون أن يحصل على أى مساعدة من أحد الراشدين، ويصبح بإمكانه أن يساعد فى الأعمال المنزلية، أو فى تلك الأعمال التى يتضمنها اليوم المدرسى العادى إلى جانب إمكانية أن يقيم علاقات مع الآخرين، وأن تنشأ بينه وبينهم تفاعلات اجتماعية ناجحة٠ وإلى جانب ذلك يمكن استخدام تلك الجداول أيضاً فى سبيل تعليم الطفل أو حتى المراهق بعض الأعمال المهنية البسيطة وهو الأمر الذى يجعل لمثل هذه الإستراتيجية أهميتها فى تحقيق التأهيل اللازم لهؤلاء الأطفال بما فى ذلك تحقيق قدر ما من التأهيل المهني٠ كما يمكن من جانب آخر عرض مثل هذه الجداول والتدريب عليها من خلال الكمبيوتر، أو استخدام برنامج كمبيوتر ناطق لهذا الغرض٠

ويشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) إلى أنه يمكن استخدام تلك الاستراتيجية التى قدمتها كارول جراي Gray والتى تعرف بالقصص الاجتماعية social story والتى قمنا

بالحفاظ على كل أركانها مع تحويلها إلى قصص اجتماعية مصورة تعمل فى المقام الأول على تنمية المهارات الاجتماعية، والمعرفية للطفل، وقدرته على التفاعل الاجتماعي. وهذه القصص بشكلها الجديد تعمل فى كل منها على نقل حكاية كاملة للطفل حيث يقوم الباحث أو الوالد أو المعلم بقص القصة على الطفل من خلال مجموعة الصور المتضمنة التى تؤلف فى مجملها تلك القصة المتكاملة، ثم يطلب من الطفل أن يقوم بعد ذلك بقص تلك القصة من خلال استعراض الصور التى تؤلفها مع وجود الأنواع الأربعة من الجمل أو العبارات ذات الأهمية فى هذا الصدد، وهى :

١- الجمل الوصفية أو التصويرية descriptive التى تصف السلوكيات المختلفة، وما يقوم به مختلف الأفراد فى شتى المواقف.

٢- الجمل التوجيهية directive التى توجه نظره إلى ما يجب عليه القيام به، أو توجهه إلى السلوك الاجتماعى المناسب أو المرغوب.

٣- الجمل المنظورية perspective التى تتناول استجابات الآخرين لمواقف معينة حتى يتعلم الطفل السلوك الاجتماعى المرغوب.

٤- الجمل التنظيمية control التى تحدد استراتيجيات معينة يمكن أن يستخدمها الفرد لتنشيط الذاكرة، وفهم القصة، ومغزاها. وعادة ما تضاف تلك الجمل إلى القصة الاجتماعية بعد قراءتها، ومن أمثلتها: أن صفارة غلاية الماء التى تعلن عن غليان الماء وإمكانية عمل الشاى عادة ما تذكرنا بجرس المدرسة الذى يعلن انتهاء الفسحة، وهكذا.

أما تدريب الوالدين أو إرشادهما إلى كيفية التصرف مع أطفالهما التوحديين أو حتى المتخلفين عقلياً فيركز فى الغالب على الحد من تلك السلوكيات الفوضوية أو حتى الخطيرة التى تصدر عن هؤلاء الأطفال سواء فى المترل أو المدرسة. كما أن هناك هدفاً آخر لهذا التدريب يتمثل فى إمكانية أن يقوم هؤلاء الأطفال بتعميم ما تدربوا عليه وذلك على مواقف أخرى مشابهة غير تلك التى تدربوا خلالها بطبيعة الحال على

الحد من هذا السلوك أو ذاك مع تسليمنا بأن هذا الهدف ليس هيناً، وقد لا يتحقق حيث ينبغى أن نتعامل مع كل موقف بشكل مستقل. كذلك فمن الأهداف الأخرى التى ننشد تحقيقها فى هذا الصدد الحد من سلوك أو آخر يمكن اعتباره فوضوى أو خطير مع الاعتراف والتسليم من جانبنا بأن هذا ليس بالأمر اليسير أو الهين. وإلى جانب ذلك يمكن أن يقوم الوالدان أيضاً بالتدريب اللغوى لهؤلاء الأطفال وهو الأمر الذى يمكن أن يؤدى إلى تحسين مستوى نموهم اللغوي، وما يتضمنه ذلك من زيادة حصيلتهم اللغوية، وزيادة احتمال قيامهم باستخدام هذه المفردات اللغوية فى سياقات اجتماعية مختلفة. ومن ثم يمكن أن يصبح بإمكان هؤلاء الأطفال إجراء حوارات ومحادثات مختلفة مع أقرانهم وهو ما يساعد إلى حد كبير فى زيادة كم علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين ، وتفاعلاتهم معهم ، وتحسين كيف تلك التفاعلات إلى جانب ذلك.

ومن ناحية أخرى فإن تدريب الوالدين يمكن أن يتضمن قيامهما بمواجه تلك المشكلات الانفعالية التى تواجه أطفالهما، والعمل على تلبية احتياجاتهم حيث يعدان هما كما أوضحنا من قبل الأكثر احتكاكاً بهم، والأكثر تلبية لاحتياجاتهم. ومما لا شك فيه أن مواجهة مثل هذه المشكلات من شأنه أن يسهم بشكل مباشر وفعال فى تخطى العديد من العقبات التى قد تحول دون اندماج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة معهم.

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الإجراءات والفنيات التى يمكن أن تتضمنها برامج تدريب الوالدين من بينها المحاضرة، والمناقشة، وما يتطلبه ذلك من قراءات متعددة فى الموضوع وهو ما تتضمنه كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٠ – ب) إستراتيجية التعليم النفسى psychoeducation . كما قد تتضمن أيضاً فنية لعب الدور، وعكس الدور بحيث يقوم كل عضو فى الأسرة بدور معين ثم يتم بعد ذلك تبديل تلك الأدوار وهى كما نعلم تعد من الفنيات التى تتضمنها السيكودراما. وإلى جانب ذلك هناك الزيارات المترلية من جانب الأخصائيين والمدربين، واستكمال

الإرشاد فى المواقف الأسرية الفعلية. ولا يخفى علينا أن مثل هذه البرامج يجب أن تتضمن فنية هامة هى فنية النمذجة حيث يقوم أحد الوالدين بنمذجة السلوك المرغوب للأطفال ثم يقوم الأطفال بتقليد ذلك السلوك والقيام به من تلقاء أنفسهم مع قيام الوالدين بتصويب الأخطاء أولاً بأول إلى جانب تعزيز السلوك الإيجابي، وإعطاء مكافآت للأطفال.

هذا وقد قمنا باستخدام وتطبيق برنامج إرشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى سبيل الحد من السلوك الانسحابى لهؤلاء الأطفال (عادل عبدالله ٢٠٠١ جـ) واستخدمنا فيه إلى جانب بعض هذه الفنيات إستراتيجية التحصين التدريجى ضد الضغوط ، والتدريب على حل المشكلات إلى جانب الواجبات المترلية وذلك فى كل جلسة كتدريب على ما تم التدريب عليه أثناء الجلسات وتطبيقه على مواقف فعلية للأطفال. كما قمنا أيضاً باستخدام هذا الأسلوب فى إرشاد والدى الأطفال المتخلفين عقلياً لمتابعة تدريب أطفالهم هؤلاء على استخدام جداول النشاط المصورة فى سياقات أسرية فى سبيل تحسين مستوى تفاعلاقم الاجتماعية (عادل عبد الله والسيد فرحات ٢٠٠١). وتم استخدام المحاضرة، والمناقشة، والنمذجة إلى جانب الإجراءات المتبعة مع جداول النشاط المصورة.

وعند تدريب الوالدين على استخدام تلك البرامج التى تعمل على تنمية مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال يجب أن يكون هناك تركيز على استخدام التواصل البصرى أو ما يعرف بالتلاحم بالعين eye contact وعلى ذلك يجب أن يتضمن البرنامج ضرورة مكافأة الطفل حال قيامه بالتواصل البصرى حيث أن مثل هذا الأمر من شأنه أن يؤدى إلى تحسين السلوك الاجتماعى واللعب والحديث.

ومع ذلك فإن البرامج التى يتم تقديمها للوالدين قد لا تأتى فى بعض الأحيان كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall بنتائج مباشرة ، ولا تصل بنتائجها إلى ما نتوقعه وذلك بالنسبة لسلوك الطفل التوحدى إذ أنها قد لا تؤدى إلى اكتساب السلوك

المطلوب بالشكل المرغوب ، أو أنها قد لا تؤدى إلى الحد من السلوك غير المرغوب اجتماعياً بالدرجة التى نصبو إليها. ولكننا فى مثل هذه الحالات لا يمكن أن نقول أن مثل هذه البرامج لم يكن لها فائدة، أو أنها قد أضحت غير ذات جدوى حيث أنها تعد فى واقع الأمر ذات أهمية إذ نلاحظ أنه على الرغم من عدم حدوث التغيير المطلوب فى سلوك الطفل فإن تلك البرامج تعمل على تلطيف جو المترل، وتحسين البيئة الأسرية إلى الدرجة التى قد تمنع شعور الوالدين باليأس من جراء سلوك طفلهما، أو حتى شعورهما بالاحتراق النفسى وهو أمر فى غاية الأهمية حتى يتمكن الوالدين من استكمال المسيرة، والمحاولة من جديد لعل الأمر فى هذه المرة يكون أفضل من المرة السابقة ويظهر أثر تلك البرامج واضحاً على سلوك الطفل.

• • •

المراجـــع

١- حسنى إحسان حلوانى (١٩٩٦)؛ المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة أم القرى بمكة المكرمة.

٢- سميرة عبداللطيف السعد (١٩٩٧)؛ معاناتى والتوحد. ط٢- الكويت، ذات السلاسل.

٣- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات. القاهرة، دار الرشاد.

٤- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣)؛ تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة: دراسات تطبيقية. القاهرة، دار الرشاد.

٥- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- أ)؛ الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية. القاهرة، دار الرشاد.

٦- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- ب)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.

٧- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- أ)؛ جداول النشاط المصورة كإحدى إستراتيجيات تربية الطفل ذى الحاجات الخاصة .مؤتمر الطفولة العربية، الواقع والمستقبل ــ مركز دراسات الجنوب بجامعة جنوب الوادى بالاشتراك مع المركز العربى للتعليم والتنمية،الغردقة ٢٩-١٠/٣١ .

٨- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- ب)؛ بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً، دراسة تشخيصية مقارنة. المجلـــة المصريـــة للدراسات النفسيـــة، م١١ ، ع ٣٢ .

٩- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- جـ)؛ فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الانسحابى لهؤلاء الأطفال. مجلة الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس، ع ١٤ .

١٠- عادل عبدالله محمد(٢٠٠١- د)؛ مقياس الطفل التوحدي. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠- أ)؛ فعالية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد السادس.

١٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠- ب)؛ العلاج المعرفى السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة، دار الرشاد.

١٣- عادل عبدالله محمد (١٩٩٢)؛ النمو العقلى للطفل. ط٢- القاهرة، الدار الشرقية.

١٤- عادل عبدالله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠١)؛ إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليته فى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية. المؤتمر السنوى الثامن لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس٤-٦ /١١ .

١٥- عادل عبدالله محمد ومنى خليفة حسن (٢٠٠١)؛ فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط فى تنمية السلوك التكيفى للأطفال التوحديين. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد الثامن.

١٦- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٩٩)؛ الطفل التوحدى (الذاتى، الاجتـــرارى)، القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠- ١٢ / ١١ .

١٧- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤)؛ خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على استخبار آيزنك لشخصية الأطفال. مجلة معوقات الطفولة بجامعة الأزهر، م ١٣ ، ع ١ .

١٨- محمد على كامل (١٩٩٨)؛ من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

١٩- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩)؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD- 10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكيـــة : الأوصـــاف السريـــرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسى بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية؛ المكتب الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

٢٠- نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠)؛ الطفل التوحدى فى الأسرة. الإسكندرية، المكتب العلمى للنشر والتوزيع.

21.Aarons, M.&Gittens, T.(1992); The handbook of autism: A guide for parents and professionals. New York: Routledge.

22.American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM- IV, Washington,DC: author.

23.Autism Society of America (1999) ; What is autism? USA,Bethesda, MD.

24.Bauminger,N.& Kasari,C.(1999); Theory of mind in high-functioning children with autism.Journal of Autism and Developmental Disabilities, v29, n1.

25.Boomer, L.et.al.(1995); Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. Behavioral Disorders,v21,n1.

26.Borden, M.C.&Ollendick, T.H.(1992); The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A.E. Kazdin (eds.) ;Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press.

27.California State Department of Developmental Services (1999);Changes in the population of persons with autism and pervasive developmental disorders in California`s developmental services system : 1987 through 1998. A report to the legislature. Sacramento, California, CA.

28.Center for Disease Control and Prevention (1999) ; Autism: causes, prevalence, and prevention . Washington, DC. , Medical Knowledge Systems, Inc.

29.Dennis, Maureen et.al. (1999) ; Intelligence patterns among children with high- functioning autism , phenylketonuria, and childhood head injury. Journal of Autism and Developmental Disorders, v29, n1.

30.Detroit Medical Center (1998);Autism: causes and symptoms. Detroit, Medical Knowledge Systems, Inc.

31.Dorman,Ben&Lefever, Jennifer(1999);What is autism? Bethesda,MD, Autism Society of America.

32.Dunlap, Glen& Pierce, Mary (1999);Autism and autism spectrum disorder (ASD). New York: The Council for Exceptional Children.

33.El-Ghoroury, Nabil H.& Romanczyk, Raymond G.(1999) ; Play interactions of family members towards children with autism . Journal of Autism and Developmental Disorders, v29, n3.

34.Gillson, Sharon (2000); Autism and social behavior. Bethesda MD., Autism Society of America.

35.Gordon,C.T.et.al.(1993);A double-blind comparison of clomipramine, desipramine,and placebo in the treatment of autistic disorder . Archives of General Psychiatry,v50.

36.Hauck, M.et.al.(1995); Social imitations by autistic children to adults and other children . Journal of Autism and Developmental Disorders,v 25, n 3.

37.Herbert, Martin (1998) ; Clinical child psychology : Social learning development and behavior. 3rd ed., UK, Chichester.

38.Kendall, Philip C. (2000) ; Childhood disorders . UK , East Sussex ; Psychology Press Ltd, Publishers.

39.Koegel, R.L.& Koegel, L.(1996);Teaching children with autism: strategies for initiating positive interactions and improving learning opport unities. Baltimore: Paul H. Brooks.

40.Lord, C.& Rutter,M.(1994); Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter&L. Hersov (eds.);Child and adolescent psychiatry. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.

41.Lovaas, O.I.(1987); Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children.Journal of Consulting and Clinical Psychology, v 55, n 1.

42.Mesibov, G.B. & Shea,V. (1996) ; Full inclusion and students with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, v26, n 2.

43.Newsom, C.(1998); Autistic Disorder. In E.Mash & R. Barkley (eds.); Treatment of childhood disorders. 2nd ed., New York: Guilford Press.

44.Newsom,C. & Hovanitz, C.(1997) ; Autistic disorder. In E.Mash & L. Terdal (eds.) ; Assessment of childhood disorders. 3rd ed. , New York: Guilford Press.

45.Quintana, H.et.al.(1995) ; Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder . Journal of Autism and Developmental Disorders,v 25, n 2.

46.Rutter, M.et.al. (1994); Autism and Known medical conditions. Myth and substance. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v 35, n 2.

47.Schreibman, L.&Koegel,R.(1996); Fostering self-management: Parent delivered pivotal response training for children with autistic disorders. In E. Hibbs & P. Jensen (eds.) ; Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : empirically based strategies for clinical practice. Washington, DC: American Psychological Association.

48.Smith,M.et,al.(1995); A guide to successful employment for individuals with autism. Baltimore: Paul H. Brookers Publishing Co.

49.Stone, W.et.al. (1999) ; Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? Journal of Child Psychology and Psychiatry, v 40, n 2.

50.Trepagnier, Cheryl (1996); A possible origin for the social and communicative deficits of autism . Focus on Autism and Developmental Disorders, v 11, n 3.

51.Volkmar, F.R.(1996); Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. Journal of Autism and Developmental Disorders, v 26, n 1.

52.World Health Organization(1992); The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guide lines. Geneva, author.

53.Zigmond,N. &Baker, J.M.(1995); Concluding comments: Current and future practices in inclusive schooling . Journal of Special Education, v 29, n 2.

54.Zoccolillo,M.(1993);Gender and the development of conduct disorder. Development and Psychopathology, v 5, n 1.

● ● ●

الفصل الرابع

متلازمة أعراض داون

مقدمة

تعد زملة أو متلازمة داون Down`s syndrome شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية، كما تعد حالة وليست مرضاً أو اضطراباً. وتنتج هذه الحالة فى الأساس من شذوذ كروموزومى ينشأ عن خلل أو شذوذ فى انقسام الخلايا سواء قبل الحمل أو بعد حدوثه، وسواء كانت تلك الخلايا أنثوية أو ذكرية مما يؤدى إلى وجود كروموزوم إضافى فى الكروموزوم رقم ٢١ على أثر ذلك، وبالتالى يصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً فى الوضع الطبيعى ليصبح بذلك عدد الكروموزومات فى الخلية الواحدة ٤٧ بدلاً من ٤٦، ومع انقسام الخلايا تصبح خلايا الجسم جميعها كذلك حيث يعتبر ذلك الأمر بمثابة نسخ وتكرار لتلك الخلايا. وتعرف مثل هذه الحالة بالخلل أو الشذوذ الكروموزومى فى الكروموزوم رقم ٢١ (Trisomy 21) وهى الحالة التى تأخذ ثلاثة أنماط مختلفة مما يجعل هناك ثلاثة أنماط لمتلازمة داون.

ومن أكثر وأهم الآثار التى تترتب على هذه الحالة حدوث قصور فى الأداء الوظيفى العقلى تقل معه نسبة ذكاء الطفل لتصبح فى حدود التخلف العقلى البسيط أو المتوسط فقط، ونادرا جداً ما نجد أطفالاً من ذوى هذه المتلازمة فى فئة التخلف العقلى الشديد. كما أنه من المعروف فى تلك الحالة أن هناك قصوراً هاماً يلازمها يتمثل فى حدوث خلل أو قصور أو اضطراب ينتاب الغدة الدرقية thyriod gland فيتأثر بذلك إفرازها للهرمون الخاص بها والذى يعرف بالثيروكسين thyroxin الذى يعد ضرورياً للأداء الوظيفى العقلى كى يصل إلى المستوى العادى أو الطبيعي، وبالتالى فإن الأداء الوظيفى العقلى للأطفال من ذوى هذه المتلازمة يتأثر سلباً من جراء ذلك، كما تقل أيضاً نسبة ذكائهم على أثره.

ومن الجدير بالذكر أن هذا الأمر أى الخطأ الكروموزومى يؤثر سلباً على نمو المخ، وعلى نمو الجسم عامة مما يترتب عليه كما أسلفنا قصور فى الأداء الوظيفى العقلي، وبطء فى معدل أو سرعة نمو هؤلاء الأطفال فى جوانبه المختلفة، وتتأثر مثل هذه الجوانب سلباً بدرجات متفاوتة من الناحيتين الكمية والكيفية وذلك قياساً بأقرانهم العاديين فى نفس عمرهم الزمني، كما تتأثر قدراتهم ومهاراتهم المختلفة التى تتعلق بتلك الجوانب سلباً أيضاً، فتشهد بذلك قصوراً يختلف ويتباين فى معدله من قدرة إلى أخرى، وإلى جانب ذلك تبدو عليهم سمات جسمية معينة تميزهم عن غيرهم من الأطفال. كذلك فإن مثل هذا الوضع الذى ينتج عن تلك الحالة يؤدى بالقطع إلى أوضاع أخرى خطيرة تؤثر سلباً على صحتهم ورفاهيتهم، بل وعلى حياتهم ذاتها إذ يترتب على ذلك إصابتهم بالعديد من الأمراض والاضطرابات المختلفة مما يجعلهم فى حاجة إلى رعاية طبية مناسبة حتى يمكن الاستفادة مما تبقى لديهم من قدرات، وتنميتها وتطويرها فى سبيل قيامهم فى المقام الأول برعاية الذات، ثم تعليمهم فى إطار مدارس التربية الفكرية، أو حتى دمجهم مع أقرانهم العاديين فى الفصول العادية، وتوجيههم مهنياً عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة وذلك فى ضوء ما يتسمون به من قدرات وإمكانات حتى نؤهلهم للحصول على عمل مناسب يتلاءم معهم ومع ظروفهم بشكل عام.

متلازمة داون

تعد متلازمة داون بمثابة حالة جينية تنتج عن حدوث خلل أو شذوذ كروموزومى حيث تتضمن كروموزوماً إضافياً فى تلك الخلايا التى يتألف الجسم منها. ويذهب ماتيز (٢٠٠٢)Mattheis إلى أن مثل هذا الكروموزوم الإضافى غالباً ما ينتج عن واحد من ثلاثة احتمالات تتمثل فيما يلى :

١- شذوذ فى انقسام خلايا البويضة ovum قبل الحمل. before conception

٢- شذوذ فى انقسام الخلايا التى يتضمنها الحيوان المنوي sperm قبل أن يتم الحمل.

٣- شذوذ فى انقسام تلك الخلايا التى تتضمنها البويضة الملقحة fertilized egg بعد أن يتم الحمل.

وعلى الرغم من ذلك فإن السبب الذى يجعل هناك شذوذاً فى انقسام الخلايا لا يزال غير معروف حتى الآن بالرغم من معرفة مثل هذا الكروموزوم الإضافى على وجه التحديد حيث يتمثل فى الكروموزوم رقم ٢١ الذى يصير ثلاثياً أى يتضمن ثلاثة كروموزومات بدلاً من اثنين فقط ليصبح بذلك إجمالى عدد الكروموزومات فى الخلية الواحدة ٤٧ كروموزوماً وليس ٤٦ كما يحدث فى الحالات العادية إذ يوجد لدى الفرد العادى ٢٣ زوجاً من الكروموزومات فى كل خلية بجسمه يأتى نصفهم من الأب والنصف الآخر من الأم حيث من المعروف أن كل فرد ذكراً كان أم أنثى لديه ٢٣ زوجاً من الكروموزومات فى الخلية يختص أحد تلك الأزواج بتحديد جنس الجنين X chromosome ويكون XX عند الأنثى بينما يكون XY عند الذكر. وإذا أخذ الجنين X من الأم و X من الأب فإنه يصبح أنثى، بينما إذا أخذ X من الأم و Y من الأب فإنه بذلك يصبح ذكراً. أما عند حدوث ذلك الخطأ الكروموزومى المشار إليه فإن هذا الكروموزوم الإضافى أو الزائد يعمل على تغيير مسار أو مضمار النمو العادى أو الطبيعى لكل من مخ الطفل وجسمه مما يؤدى إلى وجود سمات جسمية مميزة فيكون وجهه مسطحاً وعريضاً، وتكون أذناه صغيرتين وغريبتى الشكل، كما يكون فمه صغيراً كذلك، أما يداه فتكونا عريضتين، وكذلك الحال بالنسبة لقدميه، ويكون ذراعيه ورجليه صغيرين قياساً بجذعه وهو الأمر الذى يمكن ملاحظته حتى عند ميلاد الطفل. ويلاحظ على تلك السمات ما يلى :

١- أن بعض هذه السمات وليس كلها يمكن أن توجد لدى الطفل العادي، وهذا لا يعنى أنه يعانى من متلازمة داون حيث المهم هو وجود كل هذه السمات الجسمية لدى الطفل واندماجها معاً.

٢- أن هذه السمات تتباين فى درجتها بين طفل وآخر، ولكنها توجد ككل لدى جميع الأطفال الذين يعانون من تلك المتلازمة.

٣- أن هذه السمات لا تؤدى إلى حدوث أى إعاقات جسمية للطفل.

وجدير بالذكر أن متلازمة داون تؤدى بالطفل إلى الإعاقة العقلية التى يتراوح مداها بين التخلف البسيط والمتوسط فقط. كذلك فإن العوامل التى ترتبط بها مثل التخلف العقلي، وارتخاء العضلات، والمشكلات المتعلقة بتجهيز المعلومات فى المخ، وفقد السمع يمكن أن تؤدى جميعها وذلك عند تداخلها معاً إلى حدوث إعاقات نمائية للطفل. ولذلك فإن متلازمة داون كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٣) تعتبر هى أكثر الاضطرابات النمائية للأطفال شيوعاً، وتضم مثل هذه الاضطرابات النمائية ما يلى :

١- متلازمة داون. Down`s syndrome

٢- اضطراب التوحد Autism والاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى. other pervasive developmental disorders

٣- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى المفرط. ADHD

٤- الشلل الدماغي. cerebral palsy

٥- الصرع. epilepsy

٦- انشقاق النخاع. spina bifida

٧- التعرض قبل الولادى للكحوليات والعقاقير الأخرى. fetal alcohol and drugs

ويمثل كل من هذه الاضطرابات النمائية فى جوهره مشكلة خطيرة تتضمن العديد من أوجه القصور التى تؤثر بالسلب على الأداء الوظيفى اليومى للأطفال، وعلى نموهم النفسى الاجتماعى الانفعالي، وعلى نموهم وقدراتهم العقلية المعرفية، كما أن التعرض قبل الولادى للكحوليات والعقاقير الأخرى يؤدى إما إلى اضطراب التوحد أو التخلف العقلى وهو الأمر الذى يجعل لمثل هذه الاضطرابات فى النهاية تأثيراً شديداً على هؤلاء الأطفال أنفسهم، وعلى أسرهم، وعلى المجتمع بأسره.

وعلى هذا الأساس فإن متلازمة داون فى حد ذاتها ليست هى التخلف العقلى كما يعتقد البعض، وإنما هى حالة من حالات الإعاقة العقلية، وهى اضطراب نمائى يؤدى إلى حالات أخرى تترتب عليه وذلك كما يلى :

١- قصور فى الأداء الوظيفى العقلى للطفل بحيث تصبح نسبة ذكائه فى حدود التخلف العقلى إما البسيط أو المتوسط فقط.

٢- حدوث صعوبات تعلم تتراوح فى شدتها بين المستوى البسيط إلى المستوى الشديد.

٣- وجود سمات جسمية معينة تميز الطفل عن غيره من الأطفال سواء من العاديين أو من فئات الإعاقة الأخرى.

٤- تعرُض الطفل لبعض المشكلات الصحية والأمراض المختلفة التى تترك أثراً سلبياً عليه.

ومما لا شك فيه أن هذه الحالة كانت تعرف قديماً بالمنغولية mongolism نسبة إلى الجنس المنغولى بآسيا Mongolia لأن الطفل يشبههم فى شكله، إلا أن مثل هذا المصطلح قد أخذه البعض وخاصة المنغوليون على محمل آخر واعتبروه إهانة لهم، ومن هذا المنطلق لم يعد يستخدم فى الوقت الراهن، واستخدم اسم متلازمة داون بدلاً منه علماً بأن الصواب فى كتابتها هو Down`s syndrome وليس Down syndrome لأن داون Down نفسه، وأعنى به الطبيب الإنجليزى جون لانجدون داون John Langdon Down الذى اكتشف هذه المتلازمة عام ١٨٦٦ عند دراسته للأطفال المتخلفين عقلياً، وقرر أن أولئك الأطفال الذين يعانون منها يختلفون عن أقرانهم المتخلفين عقلياً لم يكن هو شخصياً مصاباً بها، كما أنها بطبيعة الحال ليست ملكاً له أو شيئاً خاصاً به حتى نكتبها Down syndrome ولكنه هو الذى اكتشفها ولذلك يجب أن نكتبها Down`s syndrome كما يفضل الأمريكيون من ناحية أخرى أن

يقولوا فى هذا الصدد Down`s child أو the Down`s أو the Down children وإن كنا نحن نرى فيما يتعلق باستخدام مثل هذه المصطلحات أن البعض قد لا يرهقون أنفسهم بحثاً عن الحقيقة لأن الخطأ الشائع قد يكون فى بعض الأحيان أفضل لهم وأيسر من الحقيقة الضائعة.

ومن الجدير بالذكر أن هؤلاء الأطفال يعدون كما ترى نانسى رويزين (٢٠٠١) Roizen,N. أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب، وأمراض الجهاز الهضمي، كما أنهم نظراً لشكل وتركيب آذانهم والجزء الأعلى من جهازهم التنفسى يعتبرون أكثر عرضة للعدوى والإصابة أو الأمراض التى يمكن أن تلحق بآذانهم وجهازهم التنفسي. ومع ذلك فإنهم إذا ما وجدوا الرعاية المناسبة، والفرص المواتية للتعليم والتدريب يمكن أن تتحسن صحتهم، ويتحسن أداؤهم الاجتماعي، وقد يعيش بعضهم حتى يصل الخمسين وربما الستين من عمره.

وتضيف رويزين (٢٠٠١) Roizen أن هناك ثلاثة أنماط رئيسية من متلازمة داون يمكن أن نعرض لها على النحو التالى :

(١) وجود كروموزوم إضافى فى الكروموزوم رقم ٢١ : Trisomy 21

يضم هذا النمط حوالى ٩٥ % من أولئك الأفراد ذوى متلازمة داون حيث يكون الكروموزوم رقم ٢١ لديهم ثلاثياً وليس ثنائياً أى يضم ثلاثة كروموزومات وليس اثنين، ونتيجة لهذا الكروموزوم الإضافى أو الزائد يصبح عدد الكروموزومات لديهم فى كل خلية من تلك الخلايا التى تضمها أجسامهم ٤٧ وليس ٤٦ كما هو الحال فى الوضع الطبيعى حيث يعد انقسام الخلايا بمثابة نسخ وتكرار للخلية الأم أى الأصلية فى كل خلايا الجسم. وهناك احتمالان لمصدر هذا الكروموزوم الإضافى أو الزائد يتمثلان فيما يلى :

١- أن يأتى هذا الكروموزوم من البويضة الأنثوية، ويحدث ذلك تقريبًا لدى ٩٥ % من تلك الحالات التى تتعرض لهذا الأمر.

٢- أن يأتى هذا الكروموزوم من الحيوان المنوى وهو ما يحدث لدى ٥ % فقط من مثل هذه الحالات تقريباً.

وجدير بالذكر أن هذا الخطأ الكروموزومى قد يحدث إما قبل الحمل، أو بعده أى أثناء تخصيب البويضة. كما أن احتمالات حدوث مثل هذا الخطأ الكروموزومى تزداد مع زيادة عمر الأم الحامل، وإن كان هذا الاحتمال يزداد بوجه عام عند الأم بعد الخامسة والثلاثين من عمرها إذ يزداد آنذاك احتمال حدوث الانقسام الخاطئ للكروموزومات من جانبها بداية من هذا السن.

(٢) انتقال جزء من الكروموزوم رقم ٢١ من موضعه إلى كروموزوم آخر : Translocation

ويحدث هذا النمط لدى ٤ % تقريباً من ذوى متلازمة داون، ويحدث مثل هذا الانتقال عندما يقوم جزء من الكروموزوم رقم ٢١ سواء كان مصدره من البويضة أو الحيوان المنوي، وسواء كان ذلك قبل أن يتم الحمل أو بعد حدوثه بالتوقف فجأة أثناء عملية انقسام الخلايا، ثم يتصل بكروموزوم آخر وينتقل إليه، وغالباً ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم ١٤ ، وبذلك يظل العدد الكلى للكروموزومات بالخلايا ٤٦ أى يظل العدد من هذا المنطلق طبيعياً دون حدوث أى زيادة فيه. ويؤدى وجود هذا الجزء من الكروموزوم رقم ٢١ مع كروموزوم آخر إلى حدوث متلازمة داون بسماتها وأعراضها المميزة. وعلى العكس من النمط السابق الذى يتمثل فى الزيادة الكروموزومية فإن الانتقال الكروموزومى الذى يمثله النمط الحالى لا يزداد احتمال حدوثه بزيادة عمر الأم الحامل. ويضــاف إلى ذلك أن الطفل فى هذه الحالــة ذكراً أو أنثى يكون حاملاً لمتلازمـــة داون أى أنها تمثل سمة سائدة لديه، وبالتالى فإنــه إذا ما أنجب أطفالاً بعد ذلك فإنه سوف ينقلهـــا إليهم بالضـــرورة.

(٣) الفسيفسائية أو تضاعف تركيب الخلايا : **Mosaicism**

ويحدث هذا النمط لدى ١ % تقريباً من ذوى متلازمة داون، وفيه يحدث الشذوذ فى انقسام الخلايا بعد أن يتم الحمل. ويتسم ذلك النمط بوجود تضاعف تركيبى أو فسيفسائى لخلايا الجسم mosaic يجمع بين الخلايا العادية والخلايا الشاذة بحيث تكون بعض خلايا الجسم عادية أى تضم ٤٦ كروموزوماً فى حين يكون بعضها الآخر شاذاً أى يضم ٤٧ كروموزوماً بدلاً من ذلك. وعلى هذا الأساس إذا كان عدد الخلايا العادية يفوق عدد الخلايا الشاذة تقل لدى الفرد تلك السمات الدالة على متلازمة داون، والعكس صحيح أى أن مثل هذه السمات تزداد بزيادة عدد الخلايا الشاذة. وإلى جانب ذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد يتمتعون بمستوى ذكاء أعلى من مستوى ذكاء أقرانهم فى النمطين الأول والثانى من متلازمة داون، كما تقل لديهم المشكلات الجسمية والصحية المختلفة التى يتعرض لها أقرانهم فى النمطين السابقين.

نسبة انتشار متلازمة داون

تعد متلازمة داون من أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً فى الوقت الراهن حيث تبلغ نسبة انتشارها على مستوى العالم كما تقرر الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال American Academy of Pediatrics (٢٠٠١) واحد لكل ثمانمائة حالة ولادة (١ : ٨٠٠) تقريباً، وهى نسبة ليست قليلة تحت أى ظروف، ولا يمكن الاستهانة بها أو التقليل من شأنها حيث تعد على العكس من ذلك وبكل المقاييس نسبة كبيرة. أما فى الولايات المتحدة الأمريكية فيصل عدد الأطفال الذين تتم ولادتهم سنوياً وهم يعانون من هذه الحالة إلى ١٦٠٠ طفلاً وهو ما يعنى أن هذا العدد يضاف سنوياً إلى العدد الكلى لمثل هؤلاء الأفراد والذى يبلغ ٣٥٠ ألف شخص. ومن المعروف أن هذه الحالات يزداد حدوثها مع زيادة عمر الأم الحامل، أى أن احتمال حدوث الشذوذ الكروموزومى يزداد وفقاً لذلك. وعلى هذا الأساس فإن نسبة انتشار هذه الحالة إذا كان عمر الأم الحامل يتراوح بين ١٨ سنة إلى أقل من ٣٠ سنة تصل إلى حوالى واحد

لكل ٢١٠٠ حالة ولادة، أما إذا كانت الأم الحامل فى العقد الرابع من عمرها أى فى الثلاثينيات بمعنى أن عمرها يتراوح بين ٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠ سنة فإن عدد تلك الحالات يتزايد بشكل دال حيث تصل نسبة الانتشار إلى واحد لكل ألف حالة ولادة، بينما يزداد عدد مثل هذه الحالات بشكل أكثر دلالة، وتزيد بالتالى نسبة الانتشار بشكل مماثل إذا ما كان عمر الأم الحامل يزيد عن أربعين عاماً حيث تصل نسبة انتشار هذه الحالة آنذاك إلى واحد لكل مائة حالة ولادة، وهى نسبة مرتفعة للغاية بطبيعة الحال.

وتوضح الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الصدد أن هذه الاحتمالات تسير تقريباً وفقاً للمعدل التالى :

١- يبلغ المعدل واحداً لكل ٢١٠٠ حالة ولادة إذا كان عمر الأم الحامل يقل عن ٣٠ سنة.

٢- يصبح المعدل واحداً لكل ٤٠٠ حالة ولادة عندما يصل عمر الأم الحامل ٣٥ سنة.

٣- يصل المعدل إلى واحد لكل ٣٠٠ حالة ولادة إذا ما وصل عمر الأم الحامل ٣٦ سنة.

٤- يصير المعدل واحداً لكل ٢٣٠ حالة ولادة فى عمر ٣٧ سنة للأم الحامل.

٥- يصل المعدل واحداً لكل ١٨٠ حالة ولادة فى عمر ٣٨ سنة للأم الحامل.

٦- يصبح المعدل واحداً لكل ١٣٥ حالة ولادة إذا ما بلغت الأم الحامل ٣٩ سنة.

٧- يصير المعدل واحداً لكل ١٠٠ حالة ولادة عندما تصل الأم الحامل إلى سن الأربعين.

٨- أما فى الثانية والأربعين من عمرها فيصل إلى واحد لكل ٦٠ حالة ولادة.

٩- فى الرابعة والأربعين من عمرها يبلغ المعدل واحداً لكل ٣٥ حالة ولادة.

١٠- يصبح فى السادسة والأربعين من عمرها واحداً لكل ٢٠ حالة ولادة.

١١- يبلغ المعدل واحداً لكل ١٦ حالة ولادة إذا ما وصلت الأم الحامل إلى ٤٧ عاماً.

١٢- يصل المعدل إلى واحد لكل ١٢ حالة ولادة عندما تصل الأم الحامل إلى ٤٩ عاماً.

ومن الجدير بالذكر أن هذه الحالة أى زملة أو متلازمة داون كما يذهب كل من هيرناندیز وفيشر (١٩٩٦) Hernandez&Fisher لا ترتبط بأى من السلالة، أو العرق، أو الجنسية، أو المستوى الاقتصادى أو الاجتماعى أو الثقافي، كما أننا إلى جانب ذلك لا يمكن أن نعزوها إلى أى ممارسات سلوكية من جانب الوالدين، أو إلى أى عوامل بيئية أخرى حيث أن السبب الرئيسى الذى يؤدى إليها يتمثل كما أشرنا من قبل فى حدوث شذوذ كروموزومى فى انقسام الخلايا سواء فى الحيوان المنوى أو فى البويضة، وسواء تم ذلك قبل حدوث الحمل أو بعده وذلك فى أى نمط من الأنماط الثلاثة لهذه المتلازمة. وعلى الرغم من أن معدل انتشار هذه الحالة يزداد مع زيادة عمر الأم الحامل فإن هناك حقيقة هامة تلقى بظلالها على ذلك يمكن أن نقوم بتوضيحها فى عدد من النقاط كما يلى :

١- أن احتمال ولادة طفل آخر من ذوى متلازمة داون لنفس الأسرة لا يتجاوز نسبة ١ % بغض النظر عن عمر الأم.

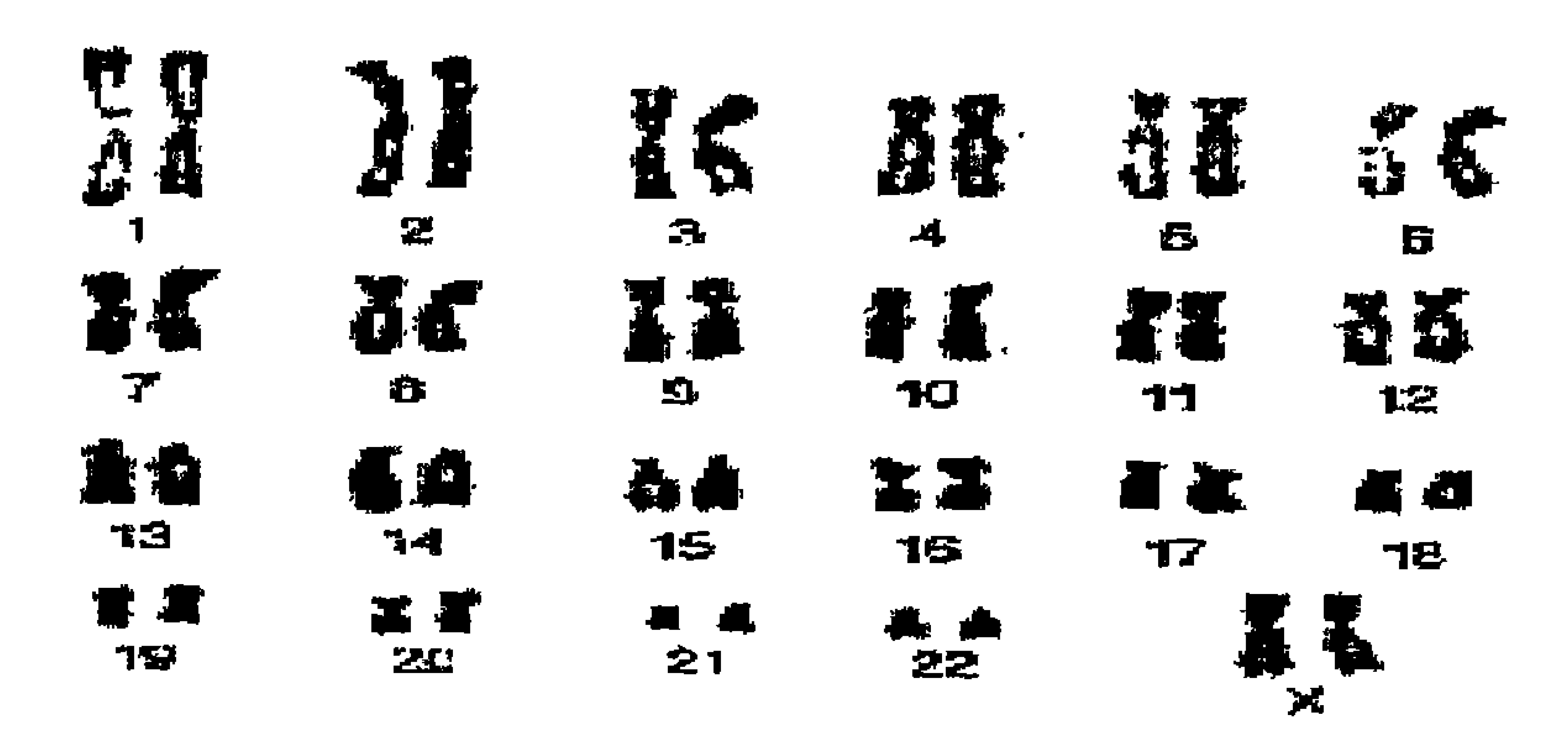
٢- أن حوالى ٧٥ % من هؤلاء الأطفال يولدون لأمهات لم تبلغن الخامسة والثلاثين من أعمارهن، بل غالباً ما تكن فى العشرينيات من أعمارهن.

٣- أن حوالى ٢٥ % فقط من أولئك الأطفال يولدون لأمهات تزداد أعمارهن عن ٣٥ عاماً.

وقد يرجع ذلك ببساطة إلى أن الأم عندما تصل إلى الخامسة والثلاثين من عمرها تكون قد أنجبت عدة مرات، وغالباً ما تتوقف عن الإنجاب فى ذلك الوقت، كما أن الحمل والإنجاب بعد هذا السن لا يحدث إلا لدى نسبة قليلة قد لا تتجاوز ٩ % فقط. إذن فالنسبة الأكبر من الحمل والولادة تتم قبل هذا السن وليس بعده وربما يرجع ذلك لهذا السبب. ومن هذا المنطلق تظل مسألة الخطأ أو الشذوذ الكروموزومى الذى يعد السبب فى حدوث هذه الحالة أمراً غير معروف على وجه التحديد حتى وقتنا الراهن، وإن هناك احتمال لكى يزداد حدوثه- يزداد فقط- عندما يزيد عمر الأم الحامل عن خمس وثلاثين سنة. وعلى الرغم من ذلك فإن هذا لا يعنى مطلقاً أن أى أم تحمل أو تنجب بعد هذا السن يحدث لديها مثل هذا الشذوذ أو الخطأ الكروموزومى فى انقسام الخلايا، وبالتالى يكون طفلها من ذوى هذه المتلازمة.

الأسباب المؤدية إلى متلازمة داون

ليست هناك أسباب متعددة يمكن أن تؤدى إلى حدوث متلازمة داون، وإنما الواقع والفحوص الإكلينيكية الطبية التى تم إجراؤها فى هذا الإطار تؤكد أن هناك سبباً رئيسياً يعد هو المسئول عن حدوث هذه المتلازمة حيث ترجع فى الأساس إلى عامل جينى يتمثل فى حدوث خطأ كروموزومى أو شذوذ فى انقسام الخلايا سواء تم هذا الأمر قبل أو بعد حدوث الحمل، وسواء كان مصدر ذلك هو الحيوان المنوى أو البويضة. وينتج عن هذه الحالة وجود كروموزوم إضافى أو زائد فى الكروموزوم رقم ٢١ فيصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً كما هو الوضع فى الحالات الطبيعية إذ تتضمن الحالة العادية أو الطبيعية ٢٣ زوجاً من الكروموزومات فى الخلية الواحدة يختص أحد هذه الأزواج بجنس الجنين ليصبح بذلك عدد الكروموزومات فى الخلية الواحدة ٤٦ كروموزوماً يوضحها الشكل التالى علماً بأن انقسام الخلايا يعنى بنسخ وتكرار الخلية الأصلية لتصبح كل خلايا الجسم مثلها.



شكل (٤ – ١) خصائص نواة الخلية Karyotype فى الوضع الطبيعي

أما الشذوذ الكروموزومى الذى ينتج عنه وجود كروموزوم إضافى فى الكروموزوم رقم ٢١ فيوضحه الشكل التالي. وجدير بالذكر أن هذا الأمر يحدث لدى ٩٥ % تقريباً من الحالات، وقد لا ينتج من ناحية أخرى عن ذلك حدوث مثل هذه الزيادة فى عدد الكروموزومات وذلك لدى ٤ % من الحالات تقريباً حيث ينتقل جزء من الكروموزوم رقم ٢١ إلى كروموزوم آخر، أما النسبة الباقية والتى تبلغ ١ % تقريباً فتجمع بين الحالتين أى بين وجود زيادة فى عدد الكروموزومات فى بعض الخلايا حيث تضم كل منها ٤٧ كروموزوماً، وبين عدم وجود تلك الزيادة فى بعض الخلايا الأخرى حيث تضم كل من هذه الخلايا ٤٦ كروموزوماً، أى أنهم يجمعون بذلك بين وجود شذوذ كروموزومى فى بعض خلاياهم وعدم وجوده فى خلايا أخرى لديهم. وكما أوضحنا من قبل فإن السبب الذى يؤدى إلى هذا الخطأ الكروموزومى أو ذلك الانقسام الشاذ للخلايا لا يزال غير معروف حتى وقتنا الراهن.



شكل (٤ – ٢) خصائص نواة الخلية لطفل ذكر تتضمن شذوذاً كروموزومياً

ومع أن البعض يرى أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدى إلى حدوث هذه المتلازمة فإن الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الخصوص لم تكشف عن وجود ارتباط من أى نوع بين هذه المتلازمة وأى عوامل أخرى وهو الأمر الذى يؤكد على بقاء السبب الرئيسى لها متمثلاً فى ذلك الانقسام الشاذ أو الخاطئ للخلايا. وتشير روجينا هولدمان (Holdeman, R. (١٩٩٧ إلى أن الكروموزومات تعد بمثابة أجزاء من جسم الخلايا تحمل المادة الجينية (أو ما يعرف بالحامض النووي DNA) أو الجينات وتنقلها من الأجداد والآباء إلى الأبناء والأجيال التالية. ويعمل الحامض النووى الذى تتضمنه الكروموزومات على تحديد تلك السمات التى يرثها الفرد من أبويه مثل فصيلة الدم، ولون الشعر وطبيعته، ولون العينين، ولون البشرة، وغير ذلك من السمات المختلفة التى تتضمن أيضاً استعداده للإصابة بأمراض معينة. أما إذا كان هناك خلل أو شذوذ فى الكروموزومات فإنه ينتقل من الآباء إلى الأبناء، ويصبح من شأنه أن يؤدى إلى حدوث تغيير فى بعض العمليات الجسمية أو الأداءات الوظيفية المختلفة وهو الأمر الذى قد لا يتم اكتشافه بسهولة، أو الذى قد يؤدى إلى حدوث بعض الأمراض الجينية أو الوراثية المختلفة مثل نزيف الدم الوراثي hemophilia أو تليف المثانة cystic fibrosis أو مرض توريت Tourette أو متلازمة داون، وغيرها. وإذا ما عرفنا أن العلماء يرون أن الكروموزوم رقم ٢١ يتضمن حوالى ٨٠٠ جيناً، وأنه يؤدى إلى ظهور سمات معينة لدى الفرد يزداد عددها عن خمسين سمة يفترض أنها تصاحب متلازمة داون، إلا أنها لا يجب أن تظهر جميعها بالضرورة لدى كل فرد لكن يكفى أن يظهر غالبيتها لديه، فإن الأمر قد لا يبدو غريباً أن نجد كل هذا الكم من السمات التى تميز الفرد من ذوى متلازمة داون وهو الأمر الذى يتطلب جهداً خارقاً حتى نتمكن من إحداث أى تغييرات فيها تؤدى فى النهاية إلى تعديل سلوكه، ولذلك فهناك محاولات فى برنامج الجينوم البشري human genome لتحديد أى من هذه الجينات هو المسئول عن ذلك حتى يتم التدخل الجينى المناسب فى سبيل الوصول إلى نتائج أفضل فى هذا الصدد.

الخصائص المميزة لذوى متلازمة داون

هناك العديد من السمات التى تميز هذه المتلازمة عن غيرها والتى قد تصل فى عددها من وجهة نظر العديد من العلماء كما يرى تشابمان وهيسكيت (٢٠٠٠) Chapman&Hesketh إلى أكثر من خمسين سمة، ومع ذلك فإن مثل هذا العدد الضخم من السمات لا يجب أن يوجد بالضرورة لدى كل أولئك الأفراد الذين يعانون من هذه المتلازمة، كذلك فإن تلك السمات قد لا تكون بدرجة من الوضوح تمكننا من اكتشاف الحالة عند الميلاد. وعلى الرغم من ذلك فإن بعض هذه السمات تعد هى الأكثر وضوحاً والأكثر شيوعاً بين أولئك الأفراد. ويمكن تناول مثل هذه السمات أو الأعراض (إن جاز التعبير) كما يلى :

أولاً : السمات الجسمية العامة :

توجد سمات جسمية عديدة تتعلق بالقامة، والعضلات، والرقبة، والصدر، والبطن، والذراعين، والرجلين، والوزن تميز ذوى متلازمة داون يمكن أن نعرض لها كما يلى :

(١) قصر القامة :

يعد الأفراد من ذوى متلازمة داون أقصر فى الطول من أقرانهم الذين لا يعانون من تلك المتلازمة حيث يتراوح مدى ارتفاع قامتهم بين القصير جداً إلى فوق المتوسط. ويكون طول الذكور أقل من المعدل الطبيعى بشكل واضح حتى سن العاشرة من أعمارهم، أما بعد هذا السن فيبدأ طولهم فى التزايد ولكنه مع ذلك يظل أقل من المعدل الطبيعي. بينما يكون طول الإناث قريباً من المتوسط حتى السابعة من أعمارهن، ثم يبدو الفرق واضحاً بعد ذلك بينهن وبين قريناتهن العاديات.

(٢) ضعف العضلات وارتخاؤها : hypotonia

يتسم هؤلاء الأفراد بضعف عضلاتهم وارتخائها، ولا يقتصر ذلك على موضع معين من أجسامهم دون سواه بل إن مثل هذا الضعف يمتد ليشمل جميع عضلات الجسم

دون استثناء. ويتراوح ضعف عضلاتهم بين المستوى المتوسط إلى المستوى الشديد، وإن كانت قوة تلك العضلات قد تتحسن مع الزيادة فى أعمارهم. وجدير بالذكر أن هذا الضعف فى العضلات بالنسبة لهؤلاء الأطفال يؤدى إلى ما يلى :

- أن ضعف العضلات التى تسيطر على الهيكل العظمى أو تتحكم فيه يؤدى إلى تأخر فى معدل نمو الطفل الحركى كالتقلب من البطن إلى الظهر أو العكس، والحبو، والوقوف، والمشي. وبالتالى فإن إجادتهم لمثل هذه المهام تتأخر عن أقرانهم العاديين، ولذلك فهم يحتاجون إلى الكثير من التدريب والتشجيع حتى يقوموا بذلك.
- أن ضعف عضلات أمعائهم يجعل الفضلات تتحرك خلالها ببطء مما يؤدى إلى إصابتهم بالإمساك بشكل مستمر.
- أن ضعف عضلات الفك لا تساعدهم على تناول الطعام الصلب، كما أنها كذلك لا تساعدهم على المضغ مما قد يعوق عملية تناولهم للطعام بشكل طبيعى واستفادتهم منه.

(٣) قصر الرقبة وعرضها :

تكون رقبة هؤلاء الأفراد قصيرة وعريضة، كما تكون غليظة بشكل مفرط، وكذلك الحال بالنسبة لجلد الرقبة الذى يكون سميكاً، وإن كان سمكه هذا يقل مع الزيادة فى العمر. كما أن غلظة رقبتهم وضعف عضلاتهم قد يعرض عظام الرقبة للملخ فى كثير من الأحيان.

(٤) قصر الذراعين والرجلين :

يتسم هؤلاء الأفراد بأذرعهم القصيرة قياساً بالجذع الذى يكون قصيراً هو الآخر، وراحة أيديهم العريضة مع وجود خط واحد single crease فقط فى راحة اليد، ويكون هذا الخط مستعرضاً transverse أو قردياً simian . كما قد تكون أرجلهم

قصيرة وعريضة، وأقدامهم عريضة مع وجود مسافة كبيرة بين الإصبع الكبير فى القدم والإصبع الذى يليه. ويؤدى ذلك إلى تأخر واضح فى تطور مهاراتهم الحركية سواء الكبيرة أو الدقيقة نظراً لأن هذا القصر فى الذراعين والرجلين لا يساعدهم على القيام بالحركات اللازمة لذلك فى موعدها العادي.

(٥) قفص صدرى rib cage غير عادى فى شكله :

يكون القفص الصدرى لديهم أقل من الطبيعى من ناحية حجمه أو بالتحديد طوله وذلك بشكل واضح وغريب، وربما يتعلق ذلك إلى حد كبير بقصر طولهم الذى أشرنا إليه سلفاً إذ أن نسب أعضاء الجسم لا بد أن تتأثر بذلك القصر فى الطول.

(٦) بروز البطن :

من الخصائص التى تميز هؤلاء الأفراد بروز البطن حتى عندما يكونوا أطفالاً، وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلات الجسم عامة وعضلات البطن على وجه الخصوص لأنها هى التى تؤدى إلى ذلك الوضع.

(٧) زيادة الوزن :

من الملاحظ أن هناك زيادة فى الوزن من جانب هؤلاء الأطفال مما يؤثر سلباً عليهم دون شك نظراً لضعف عضلاتهم، ووجود مشكلات فى عظامهم ومفاصلهم أيضاً. إلا أن وزن الطفل مع ذلك عند الولادة يكون أقل من معدله الطبيعي، ويستمر على ذلك خلال مرحلة الطفولة نظراً لتلك المشكلات التى تعوق عملية تناولهم للطعام واستفادتهم منه. ويبدأ وزن الذكور فى التزايد بشكل أكثر من اللازم بداية من سن الثانية عشرة، أما الإناث فتظل أوزانهن فى المستوى المتوسط حتى سن التاسعة، ثم تبدأ فى التزايد الواضح بعد ذلك.

ثانياً : السمات المتعلقة بالوجه :

هناك العديد من السمات التى تميز وجه أولئك الأفراد من ناحية الأذن، والفم، واللسان، والأسنان، والأنف، والعين وذلك كما يلى :

(١) الأذن :

تتميز آذان هؤلاء الأفراد بصغر حجمها من ناحية، وانخفاضها عن موضعها الطبيعى الذى توجد فيه لدى الأفراد العاديين من ناحية أخرى، وشكلها غير العادى من ناحية ثالثة وهو الأمر الذى يجعل منها شيئاً أو سمة تميزهم دون سواهم. كما تتسم قناة الأذن لديهم بقصر طولها عن المعدل العادى وهو الأمر الذى يعوق استخدام أى أساليب أو أدوات لفحص آذانهم مع أنهم يحتاجون كثيراً إلى ذلك نظراً لتكون سائل فى الأذن الوسطى لديهم وهو ما يتطلب القيام بتصريفه بشكل مستمر.

(٢) الشكل الغريب للفم واللسان :

يوجد تقوس غير طبيعى بفم هؤلاء الأفراد من أعلى، ويكون الحلق أو سقف الفم ضيقاً ويوجد به انحناء إلى أسفل، كما أن بعضهم يبقى على فمه مفتوحاً معظم الوقت ويتدلى لسانه منه بشكل غير عادي، كما قد يسيل لعابه أيضاً. ومع ذلك يمكن تعليمهم أن يبقوا على لسانهم فى فمهم بحيث لا يتدلى منه على ذلك النحو. ويؤدى مثل هذا الشكل الغريب لفمهم وأسنانهم إلى تأخر واضح فى نطقهم للكلمات، وإلى حدوث اضطرابات عديدة للنطق والكلام من جانبهم، كما يكون كلامهم المنطوق بلعومياً فى غالبيته.

(٣) الأنف المسطح :

يتسم أنف الطفل من ذوى متلازمة داون بأنه يكون مسطحاً أى أفطساً، وإلى جانب ذلك فإن الجزء من الأنف الذى يوجد بين العينين يكون مستوياً. كما تكون فتحتا الأنف ضيقتين من الداخل مما يؤثر فى نطقهم للغة من ناحية، ويؤدى بهم إلى جانب ذلك للعديد من مشكلات التنفس من ناحية أخرى.

(٤) العين :

غالباً ما توجد بقع فى قزحية العين iris بالنسبة لهؤلاء الأفراد، وإن كانت تلك البقع مع ذلك لا تسبب لهم أى مشكلات فى الإبصار. ومع ذلك فإن نسبة كبيرة

منهم يولدون ولديهم مشكلات فى الإبصار وغالباً ما تتمثل فى وجود المياه البيضاء الوراثية لديهم والتى يمكن إن لم يتم علاجها مبكراً أن تؤدى هم إلى فقد إبصارهم.

(٥) **الأسنان :**

عادة ما يكون شكل أسنانهم غير عادي، كما يوجد انعقاف أو انحناء فى أسنانهم، وغالباً ما يتعرض مثل هؤلاء الأطفال لتأخر فى ظهور أسنانهم ونموها، ومع ذلك فإنها من ناحية شكلها تكون عقفاء crooked أى تشبه الخطاف مما يجعلها تبدو غريبة فى الشكل. وقد يكون لمثل هذا الشكل الغريب لأسنانهم دور كبير فى حدوث اضطرابات النطق والكلام من جانبهم.

ثالثاً : بعض الحالات الصحية المصاحبة :

يتعرض الأفراد من ذوى هذه المتلازمة للعديد من المشكلات الصحية والاضطرابات والأمراض المختلفة التى قد لا تترك جزءاً واحداً من أجسامهم دون أن تغزوه، والتى تعرضهم بالتالى للعديد من المخاطر وذلك كما يلى :

١- كل الأفراد من ذوى متلازمة داون لديهم درجة من التخلف العقلي، وغالباً ما تتراوح بين التخلف العقلى البسيط والمتوسط فقط، ونادراً جداً ما نلاحظ وجود حالات تخلف عقلى شديد بينهم.

٢- يتعرض غالبيتهم للعديد من الأمراض كأمراض القلب، واضطراب الغدة الدرقية أو القصور الدرقي، وأمراض العين.

٣- يعدون أكثر عرضة للمشكلات الصحية وذلك فيما يتعلق بجهازهم التنفسي، ومشكلات السمع، ومشكلات الأسنان.

رابعاً : حالات أخرى ذات أعراض مماثلة :

مما لا شك فيه أنه نادراً جداً ما يحدث خطأ فى تشخيص ذوى متلازمة داون نظراً لسماتهم الجسمية الملحوظة والمميزة لمعظم الحالات، وبالتالى فإنه قد لا يحدث لبس أو

تداخل فى تشخيصها مع حالات صحية أخرى. إلا أن النمط الفسيفسائى أو متضاعف التركيب mosaic من هذه المتلازمة قد يصاحبه حدوث بعض هذا التداخل، ومن ثم قد يحدث خطأ فى تشخيصه، وقد يتم النظر إليه حينئذ على أنه أحد ثلاثة اضطرابات أخرى تتمثل فيما يلى :

- مرض وراثي.
- تخلف عقلي.
- اضطراب أو إعاقة نمائية.

خامساً : الخصائص النمائية المختلفة :

هناك العديد من الخصائص التى تميز الجوانب النمائية المختلفة لأولئك الأطفال والتى تجعل منهم فئة مميزة عن غيرهم من الأطفال أو الأفراد عامة سواء العاديين أو حتى أقرانهم من الفئات الأخرى للإعاقة، وتتلخص هذه الخصائص فيما يلى :

(١) الناحية الانفعالية :

يتميز هؤلاء الأطفال من الناحية الانفعالية بما يلى :

١- غالباً ما يبدو الطفل مبتهجاً ومرحاً.

٢- يتسم الطفل بأنه يكون ودوداً وطيباً وسهل المعاشرة.

٣- لا يكون الطفل قادراً على أن يقوم بالسيطرة على انفعالاته أو ضبطها.

٤- لا يستطيع أن يأتى بالانفعال المناسب فى الوقت المناسب.

٥- لا تتسم انفعالاته بالثبات وغالباً ما تكون متقلبة.

٦- يفتقر إلى الشعور بالأمن والطمأنينة.

٧- ليس من السهل استثارته.

٨- عندما يبكى الطفل يكون بكاؤه ضعيفاً، ويستمر لفترة قصيرة فقط وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلاته.

٩- يتسم بالهدوء، كما يكون بكاؤه هادئاً وبصوت منخفض.

١٠- يبدى ميلاً وحباً للموسيقى.

١١- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة أضعف من المعتاد.

١٢- تتنوع شخصياتهم ومزاجهم بتنوع البيئة التى يعيشون فيها، وظروفهم الاقتصادية والأسرية، وغيرها وهو ما يعنى عدم وجود نمط واحد لشخصياتهم ومزاجهم.

١٣- قدرتهم على مقاومة الإحباط ضعيفة، وقد تتطور لديهم بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية من جراء ذلك.

١٤- قد يبدى بعض المراهقين العناد نتيجة لعدم إشراكهم فى المناشط المختلفة.

١٥- قد يظهر بعضهم سلوكاً عدوانياً إلى جانب الاندفاعية، وسرعة التهيج.

١٦- غالباً ما يبدون التعاون بشكل عام.

١٧- يبدو الكبار منهم وديعين، وتسهل السيطرة عليهم.

١٨- يفتقدون الثقة بالنفس، والثقة فى قدرتهم على الأداء.

(٢) الناحية الاجتماعية :

يتميز أولئك الأطفال من الناحية الاجتماعية بما يلى :

١- يميل الطفل إلى التعلق بالآخرين.

٢- يميل الطفل إلى الاجتماعية.

٣- بمقدوره أن يقوم بتطوير بعض العلاقات الحميمة مع الآخرين.

٤- قد يميل فى بعض الأحيان إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

٥- يعد الطفل أكثر عرضة لمشكلات السلوك قياساً بأقرانه العاديين.

٦- قد يتعرض لبعض الإعاقات النمائية وهو ما يؤثر على سلوكه وعلاقته بالآخرين.

٧- يعانى قصوراً فى كفايته الاجتماعية.

٨- لا ينتبه لما يدور حوله من أحداث وخبرات.

٩- يعجز عن تحقيق التكيف مع تلك البيئة التى يعيش فيها.

١٠- لا يشعر بالولاء للجماعة.

١١- غير قادر على تحمل عادات المجتمع وتقاليده لأنه لا يشعر بأهمية الجماعة.

١٢- يعانى من القصور فى مهاراته الاجتماعية.

١٣- يعانى قصوراً مماثلاً فى قدرته على التواصل مع الآخرين.

١٤- غير قادر على تحقيق التوافق الاجتماعي.

١٥- يتصرف بشكل جيد مع الآخرين الذين يعاملونه معاملة حسنة.

(٣) الناحية العقلية :

يتسم هؤلاء الأطفال من الناحية العقلية المعرفية بما يلى :

١- غالباً ما يكونوا فى فئتى التخلف العقلى البسيط أو المتوسط فقط.

٢- نادراً جداً ما نلاحظ وجود أحدهم فى فئة التخلف العقلى الشديد.

٣- قد لا تختلف مهارات بعضهم فى القراءة عن الأطفال العاديين على الرغم من أنهم قد يعانون من عدم إجادة اللغة المنطوقة.

٤- عندما يقرأون نشعر أن مستواهم فى القراءة قد يوازى قراءة طفل للغة أجنبية ثانية.

٥- قد لا يتجاوزون المرحلة الحس حركية فى نموهم المعرفى وذلك فيما يتعلق بالمفاهيم.

٦- يجدون صعوبة فى إدراك تتابع الحركات.

٧- هناك قصور واضح فى أزمنة الرجع لديهم.

٨- يتعرضون لبعض صعوبات التعلم التى تتراوح فى شدقا بين البسيط والشديد.

٩- مدى انتباههم للمثيرات المختلفة يكون قصيراً.

١٠- ليس من السهل جذب انتباههم لشيء معين.

١١- يكونوا فضوليين إلى حد ما.

١٢- ذاكرقم محدودة، ويعانون من صعوبة فى التذكر، ويحتاجون إلى التكرار.

١٣- يحتاجون إلى التدريب لتعلم المفاهيم المختلفة كاللون أو الشكل أو الاتجاه.

١٤- يجدون صعوبة فى إدراك المفاهيم المجردة.

١٥- تؤثر الإعاقات النمائية التى قد يتعرضون لها فى قدرقم على التعلم.

١٦- يجدون صعوبة فى تعميم ما يتعلمونه على المواقف المماثلة أو المشابهة.

١٧- قد يعتمدون على الآخرين فى تصريف أمورهم.

١٨- يعانون من قصور فى إدراكهم للمثيرات والمواقف المختلفة.

١٩- معدل التعلم من جانبهم يعد أبطأ من المعدل العادى.

٢٠- يعانون من نقص فى قدرتهم على التعلم العرضى أى غير المقصود.

٢١- يوجد قصور لديهم فى التعرف على المتشابهات، وفى التمييز بين الموضوعات والمواقف المختلفة.

٢٢- يجدون صعوبة واضحة فى القدرة على استغلال الخبرة والاستفادة منها.

٢٣- تعوزهم البصيرة والفطنة وذلك فيما يتعلق باستنتاج ردود الفعل المختلفة التى تعد بمثابة تغذية راجعة فى هذا الإطار.

٢٤- قد لا يتمكنون من استخدام العلامات أو الإرشادات فى المواقف التعليمية.

٢٥- قدرتهم على التخيل والتصور ضعيفة.

٢٦- لا يستطيعون ملاحظة التلميحات التى تتضمنها المواقف المختلفة أو الاستفادة منها.

٢٧- يعانون من قصور واضح فى قدرتهم الأكاديمية.

(٤) الناحية الحركية :

يتسم هؤلاء الأطفال من الناحية الحركية بما يلى :

١- يكون معدل نموهم الحركى عامة أبطأ من أقرانهم العاديين بشكل واضح.

٢- يتأخر تطور مهاراتهم الحركية الكبيرة والدقيقة بشكل كبير.

٣- تكون حركات الطفل بعد ميلاده وخلال مرحلة المهد أبطأ بكثير من أقرانه العاديين.

٤- يكون منعكس القبض لديه ضعيفاً خلال تلك الفترة، كما أن ضعف التوتر العضلى من جانبه يعوق تطور القبض لديه.

٥- كثيراً ما يكون كذلك غير قادر على متابعة تلك الأشياء التى تمر أمام عينيه.

٦- يظهر كماً أو قدراً كبيراً من الخمول.

٧- يمكنه التحكم فى الرأس فى النصف الثانى من العام الثانى من عمره تقريباً.

٨- لا يتمكن من الانقلاب من الظهر إلى البطن أو العكس حتى سن ١٤ شهراً تقريباً.

٩- يستطيع الجلوس قرب نهاية العام الثانى من عمره.

١٠-غالباً ما يبدأ فى الزحف أو الحبو فى سن عامين تقريباً.

١١-يتسم زحفه بالسرعة، وتكون رجلاه أثناء ذلك متباعدتين، وعادة ما تتجهان نحو الخارج، وعندما يزحف يكون ذلك إما على كوعيه أو على راحتى يديه.

١٢-يكون بكاؤه منخفضاً فى الغالب، وقد يرجع ذلك إلى ضعف عضلاته.

١٣-قد يجد بعض الصعوبة فى الرضاعة، كما تكون أبطأ من الطبيعي.

١٤- يبدى عدم اكتراث بالألعاب المختلفة، ويكتفى بأخذ اللعبة وهزها ثم يقوم برميها.

١٥-ٰ فى مرحلة الطفولة المبكرة فيمكنه أن يشرب سائلاً معيناً بواسطة المصاصة.

١٦-يتأخر الوقوف من جانبه حتى النصف الثانى من العام الثالث تقريباً.

١٧-قد يمشى الطفل من هذه المتلازمة بداية من سن ثلاث سنوات تقريباً.

١٨-يمكنهم أن يقوموا بتركيب بعض الألعاب الخشبية البسيطة.

١٩-بإمكانهم أن يقوموا أيضاً خلال هذه الفترة بوضع مكعبين فوق بعضهما البعض.

٢٠-يظل نموهم أو تطورهم الحركى بعد هذا السن بطيئاً مع استمرار القصور فى مهاراتهم الحركية الكبيرة منها والدقيقة.

(٥) اللغة والحديث :

يذهب هاسولد وباترسون (١٩٩٨) Hassold&Patterson إلى أن أهم السمات التي يتسم بها أولئك الأطفال فى هذا الجانب تتمثل فيما يلى :

١- يتأخر نموهم اللغوى بشكل كبير عن أقرانهم العاديين فى نفس عمرهم الزمني.

٢- مفرداتهم اللغوية محدودة ولا تسعفهم فى التعبير عن أنفسهم.

٣- قد يفهموا جانباً كبيراً من الحديث يفوق ما يمكنهم أن يعبروا عنه.

٤- تراكيبهم اللغوية محدودة وغير صحيحة.

٥- الجمل المستخدمة من جانبهم تعد قصيرة على الرغم من دخول بعضهم فى محادثات طويلة مع الآخرين.

٦- يبدون أنماطاً مختلفة من اضطرابات الكلام والنطق، ومع ذلك فهم لا يختلفون عن غيرهم فى هذا الخصوص وإن كانت تلك الاضطرابات تزيد عنهم فى المعدل.

٧- يبدون قصوراً واضحاً فى قدرتهم على التعبير اللغوي.

٨- يجدون صعوبة كبيرة فى استخدام اللغة التعبيرية تفوق ما قد يجدونه من صعوبة فى فهم اللغة والحديث وهو ما يعنى أن مهارات اللغة التعبيرية تعد أقل تطوراً لديهم من مهارات اللغة الاستقبالية من جانبهم.

٩- تعد جوانب معينة من اللغة كالمفردات اللغوية بالنسبة لهم أسهل من مجالات أخرى كالقواعد على سبيل المثال.

١٠- يعتبر تتابع الأصوات والكلمات أمراً صعباً بالنسبة للكثيرين منهم.

١١- توجد بعض الصعوبات لدى بعضهم تتعلق بوضوح اللغة والنطق.

١٢- أغلب الكلمات التى ينطقون بها تكون غير واضحة، كما أن أغلبها يكون بلعومياً.

١٣- يعانى الكثيرون منهم من مشكلات الطلاقة اللغوية.

١٤- بعض هؤلاء الأطفال لا يتعلمون النطق فى حين نجد أن بعضهم الآخر يحب الكلام.

١٥- لا توجد مشكلات معينة فى اللغة والحديث خاصة بهؤلاء الأفراد كفئة دون سواهم حيث أن ما يصادفونه من مشكلات فى هذا الجانب يواجهه غيرهم من الأطفال.

(٦) الناحية الجنسية :

يتسم هؤلاء الأطفال من الناحية الجنسية بما يلى :

١-تتطور السمات أو الخصائص الجنسية لدى أولئك الأطفال عادة فى نفس الوقت تقريباً الذى تتطور فيه لدى الأطفال العاديين أو متأخراً عنهم بعض الشيء وهو الأمر الذى يجعل والديهم أكثر انشغالاً بقدراتهم وقابليتهم الجنسية خلال مرحلة المراهقة.

٢-قد يميل الواحد منهم إلى شخص آخر ويشعر نحوه بالحب كالأسوياء تماماً.

٣-يبدى المراهقون والراشدون منهم اهتماماً بالجنس الآخر فى فترة المراهقة شأنهم فى ذلك شأن أقرانهم العاديين.

٤-يقل العضو الذكرى لديهم فى حجمه عن الطبيعي، وقد يتأخر نزول الخصية من الكيس.

٥-هناك نسبة كبيرة منهم وخاصة الذكور يعتبرون غير قادرين على الإنجاب إذ أنهم نظراً لما يتعرضون له من مشكلات وخلافه بداية من تكوينهم الجسمى قد يتعرضون للعقم أو لقلة عدد الحيوانات المنوية وضعفها.

٦-الإناث اللائى تعانين من متلازمة داون لديهن القدرة على إنجاب الأطفال، ومع ذلك فإنهن يصلن مبكراً إلى سن اليأس menopause وذلك منذ بداية الأربعينيات من أعمارهن.

٧-الإناث القادرات على الإنجاب يكون حوالى نصف إلى ثلثى أبنائهن طبيعيين، أما النسبة الباقية فتكون مثلهن.

سادساً : معدلات النمو وتداخل جوانبه :

تتداخل جوانب النمو المختلفة لديهم مع بعضها البعض، ويتأخر معدل نموهم فى جوانبه المختلفة عن أقرانهم العاديين وذلك بدرجة كبيرة، وتتعرض جوانب نموهم المختلفة لمشكلات عديدة ومتباينة وتؤثر على بعضها البعض إذ يؤدى التأخر فى جانب معين إلى التأخر فى غيره من الجوانب. وجدير بالذكر أن هذا الأمر يعد أمراً طبيعياً لأن الشخصية الإنسانية تعد بمثابة وحدة واحدة على الرغم من تألفها من عدد من الجوانب تخضع كلها للنمو، وتؤثر فى بعضها البعض بطريقة أو بأخرى، وبالتالى فإن أى قصور فى أى من هذه الجوانب لا بد وأن يؤثر بالضرورة فى غيره من الجوانب. وهذا ما يحدث بالنسبة لمثل هؤلاء الأطفال أو غيرهم إذ يترك تأخر معدل نموهم فى أى جانب أثراً سلبياً على غيره. فمن ناحية نموهم اللغوى ونموهم الحركى على سبيل المثال يرى كلايوير (١٩٩٤) Kliewer أنه من الملاحظ بالنسبة لهم أنهم يفهمون كثيراً من المفردات اللغوية أكثر مما يمكنهم أن يعبروا عنه من خلال اللغة إذ قد تصل نسبتها إلى ثلاثة أضعاف، وهذا ما يمثل لغزاً محيراً للعلماء الذين يهتمون بهذا الجانب حيث إن ذلك يرتبط بكل من نمو الذكاء ونمو اللغة. وقد حاول البعض تناول ذلك من خلال إدراك العلاقة بين إصدار الحديث والتتابع الحركى حيث يعتبر إصدار الحديث نتاجاً للقدرة اللغوية التى تكون ذات مستوى نمائى معين. ومن المعتقد من الناحية المعرفية أن ذوى متلازمة داون لا ينتقلوا فيما يتعلق بالمفاهيم أو الناحية الحركية من المرحلة الفرعية الخامسة فى المرحلة الحس حركية عند بياجيه Piaget والتى تعرف

بردود الفعل الدائرية الثالثة tertiary circular reactions ويمر بها الأطفال العاديون من سن ١٢- ١٨ شهراً وذلك إلى المرحلة الفرعية السادسة والأخيرة والتى تعرف ببداية التفكير وهو الانتقال الذى يعد ضرورياً لنمو اللغة الرمزية لديهم، فى حين يرى آخرون أنهم ينتقلون بسهولة إلى تلك المرحلة الفرعية السادسة من المرحلة الحس حركية فى نموهم المعرفي، ومع ذلك يظل من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يستخدموا المهارات الخاصة بتلك المرحلة الفرعية بشكل تلقائى إذ يكون على سبيل المثال من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن ينطقوا بتلك الكلمات التى تمثل جزءاً من مخزونهم اللغوى وعلى ذلك يرى البعض أن الأطفال من ذوى هذه المتلازمة التى أجروا عليهم دراسات فى هذا الصدد قد حصلوا على درجات متباينة فى تلك المقاييس التى تستخدم فى سبيل تحديد المرحلة الفرعية من المرحلة الحس حركية التى يمرون بها، وهل هى الخامسة أم السادسة.

وجدير بالذكر أن النطق باللغة يتطلب مهارات حركية معقدة بدرجة كبيرة وذلك على العكس من تلك الفكرة التى ترى أن الفرق فى الكلام المستخدم إنما يرجع إلى ذلك المستوى المعرفى الذى يصل الفرد إليه. ولذلك يرى البعض أن اضطرابات النطق عند أولئك الأطفال إنما ترجع إلى ذلك القصور الذى يبدونه فى البرمجة الحركية motor programming للكلام من جانبهم وهو الأمر الذى يؤدى إلى صعوبات مختلفة فى التحرك خلال نسق الكلام وخاصة عند تداخل أو ترابط الحركات السريعة للسان والشفتين والفك وسقف الحلق مع اللفظ والتنفس. وتفسر حالة ارتخاء العضلات لدى هؤلاء الأطفال ما يواجهونه من صعوبات فى الحركة، كما أن نقص توتر عضلاتهم فى حالة الراحة يجعلهم يفضلون أنماط الحركة التى تتطلب بذل أقل قدر من الجهد والطاقة، وهو الأمر الذى يمثل انعكاساً لذلك الجهد المطلوب للأداء وليس كسلاً من جانبهم.

ومما لا شك فيه أن مثل هذا الوضع يؤثر بطبيعة الحال على إصدارهم للأصوات حيث أن هذه الحالة تجعلهم يستجيبون لمستويات أقل من الإثارة وهو ما يجعلهم

يظهرون نمطاً سلبياً فى التفاعل مع البيئة. ويؤدى مثل هذا النمط السلبى فى التفاعل إلى جانب تلك المستويات الأقل من الإثارة إلى قصور واضح فى الدافعية من جانبهم وهو ما ينعكس سلباً على تواصلهم مع الآخرين لفظياً أو غير لفظي. وهذا يعنى أن هناك تداخلاً بين تطور كل من الإثارة والدافعية والتواصل من جانب هؤلاء الأطفال، وهو ما يعد بمثابة مدخل هام لفهم أوجه القصور النمائى الذى يرتبط بتلك المتلازمة. ونظراً لصعوبة التواصل اللفظى بالنسبة لهم فقد يلجأ بعضهم إلى أنساق بديلة للتعبير عن أنفسهم كالإشارات والإيماءات ومع ذلك فهم يعتبرون أكثر بطئاً وأقل ثباتاً فى استخدامها قياساً بأقرانهم غير المعوقين، ولذلك فإن هذا الأمر يتطلب تدريباً مكثفاً حتى يتم الإفادة منه على الوجه المناسب.

وقد يجد هؤلاء الأطفال صعوبة كبيرة فى تغيير حركة أجسامهم أو حتى فى تغيير تلك الزاوية التى تتخذها مثل هذه الإشارات التى تصدر عنهم، أو حركة أصابعهم كما يحدث فى الكتابة باستخدام لوحة المفاتيح مثلاً. كذلك فقد لاحظ العديد من الباحثين وجود صعوبة من جانب أولئك الأطفال فى استخدام المعلومات الحسية المختلفة لتنفيذ أوامر حركية محددة الوقت وهو الأمر الذى يعكس وجود صعوبتين تتعلق بالحركة لديهم تتمثل الأولى فى القيام بحركة معينة فى وقت محدد كالتقاط الكرة مثلاً، بينما تتمثل الأخرى فى فهم تتابع الحركات. وإذا كان هؤلاء الأطفال لا يتجاوزون المرحلة الفرعية الخامسة من المرحلة الأولى فى النمو العقلى المعرفى وذلك فى بعض الجوانب فمن الطبيعى كما يرى عادل عبدالله (١٩٩٢) أن يجدوا صعوبة فى إدراك تتابع الحركات حيث أن الطفل العادى فى مرحلة ما قبل العمليات يجد صعوبة فى إدراك ذلك، فما بالنا به وهو لا يزال فى المرحلة الحس حركية من ناحية، ثم ما بالنا بطفل يعانى من شكل ما من أشكال الإعاقة العقلية من ناحية أخرى. وإلى جانب ذلك فإن المشكلة الأولى ترتبط بزمن الرجع reaction time وهو الوقت الذى يمكن فيه للعقل أن يفهم فكرة وأن يستجيب لها ويتفاعل معها، وهو ما يمثل أحد جوانب القصور المعرفية لديهم. وبذلك نلاحظ أنهم يعانون من قصور واضح فى الجانب

العقلى المعرفى، ومن النادر جداً ألا يرتبط ذلك بالجانب الوراثى إذ أن الأمر برمته يرجع إلى ذلك الشذوذ الكروموزومى الذى حدث منذ البداية، والذى أدى إلى حدوث قصور درقى يؤثر بشكل سلبى على أدائهم الوظيفى العقلي.

ونظراً لصعوبات التواصل التى يواجهها هؤلاء الأطفال والتى تتمثل بشكل أساسى فى قصورهم اللغوى أو حتى قصورهم فى استخدام أساليب بديلة للتواصل تأتى الإشارات والإيماءات فى مقدمتها فإن مهاراتهم الاجتماعية تتعرض هى الأخرى للقصور على الرغم من أنهم قد يميلون إلى الاجتماعية، وقد يرجع ذلك إلى ما تتعرض له مثل هذه المهارات من انعكاسات مختلفة تنتج عن القصور فى جوانب أخرى، وهو الأمر الذى يجعلها لا تساعدهم فى إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وذلك على الرغم من أن بعضهم يكون قادراً على أن يبدى تعلقاً بالآخرين، وأن يقيم علاقات حميمة مع الغير، إلا أن بعضهم الآخر يفضل مع ذلك الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة. ومع أنهم من الناحية الانفعالية يكونوا غير قادرين على السيطرة على انفعالاتهم، أو أن يأتوا بالانفعال المناسب فى الوقت المناسب، كما أن انفعالاتهم لا تتسم بالثبات بل إنها تعتبر متقلبة، وقد يرجع ذلك إلى حالتهم تلك، وما يترتب عليها من انعكاسات، وما يرتبط بها من أوضاع ومشكلات صحية متباينة فإنهم رغم ذلك يبدون مبتهجين على الدوام وكأنهم سعداء، كما يكونوا ودودين وطيبين.

ومع كل ذلك هناك شبه اتفاق أو شبه إجماع بين العلماء والباحثين فى هذا المجال كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) على أن استخدام الرموز والمثيرات المصورة سواء كانت تلك الصور المتضمنة ثابتة كما هو الحال بالنسبة لتلك الصور التى يتم عرضها عليهم واحدة فواحدة، أو كانت متحركة كما هو الحال بالنسبة لأفلام الكرتون التى تعرض عليهم تليفزيونياً أو الفيديو أو الكمبيوتر من شأنه أن يساعدهم بدرجة كبيرة على تطور مستوى نموهم اللغوي، وهو الأمر الذى يمكن أن ينعكس إيجاباً على تواصلهم مع الآخرين، كما أنها إلى جانب ذلك يمكن أن تسهم فى تيسير التواصل مع

الآخرين من جانبهم. وإضافة إلى ذلك فإن تيسير التواصل كفكرة فى حد ذاتها، واستخدام الأساليب البديلة للتواصل يمكن أن يساعدا كثيراً فى تنمية مهارات التواصل لدى الطفل، وبالتالى مساعدته على تحقيق التواصل مع الآخرين. ولا يخفى علينا أن الرموز والمثيرات المصورة يمكن أن تسهم بشكل فاعل فى تنمية المهارات المتباينة التى تتعلق بجوانب النمو المختلفة للطفل وهو الأمر الذى يساعد كثيراً فى إكسابه مثل هذه المهارات أو تنميتها، وفى تعديل سلوكه، والحد بدرجة كبيرة من مشكلات السلوك التى يعانى منها، كما تساعده أيضاً على تعلم السلوك الاستقلالي، وعلى تعلم التفاعل الاجتماعى وما يتطلبه ذلك من مهارات مختلفة.

الأمراض والمشكلات الصحية المرتبطة بمتلازمة داون

هناك مجموعة من الأمراض كما تشير رويزين (٢٠٠١) Roizen عادة ما ترتبط بمتلازمة داون وتصيب أولئك الأفراد الذين يعانون منها لدرجة أن بعضها قد يظهر عليهم حتى عند ميلادهم. وتشكل مثل هذه الأمراض خطراً كبيراً عليهم، وعلى رفاهيتهم، وعلى حياتهم فى حد ذاتها، كما تمثل إزعاجاً كبيراً لأسرهم. ومن هذه الأمراض والمشكلات الصحية ما يلى :

أولاً : الأمراض المرتبطة بمتلازمة داون :

توجد أمراض متعددة ترتبط بهذه المتلازمة حيث تنتشر بين من يعانون منها، كما يزداد احتمال حدوثها بينهم وذلك بشكل يفوق ما عداهم من الأطفال حتى من أقرانهم المعوقين فى حد ذاتهم. ومن أكثر هذه الأمراض شيوعاً بينهم ما يلى :

(١) أمراض القلب :

تعد أمراض القلب المختلفة أو المشكلات المرتبطة به من أكثر الأمراض التى يتعرض لها هؤلاء الأطفال شيوعاً حيث أنها تصيب حوالى ٥٠ % منهم عند ميلادهم. ويتطلب الأمر علاج مثل هذه الأمراض فى وقت مبكر حتى لا تتطور لديهم، وقد تودى بحياتهم.

(٢) المشكلات المرتبطة بالغدة الدرقية : thyroid gland

هناك احتمال لتطور مثل هذه المشكلات التى تتعلق بالغدة الدرقية لدى أولئك الأطفال يصل إلى حوالى ١٥ % . وقد تكون تلك المشكلات موجودة لدى الطفل منذ ميلاده، إلا أن مثل هذا الأمر يعتبر نادراً حيث إن ذلك لا يحدث فى الغالب إلا فى مرحلة الطفولة المتأخرة من ناحية، أو مع فترة البلوغ ومرحلة المراهقة من ناحية أخرى.

(٣) مشكلات الجهاز الهضمى :

نادراً ما ترتبط مشكلات الجهاز الهضمى بمشكلات تكوينية كعدم وجود الإثنى عشر فيه مثلاً، إلا أن معظم هذه المشكلات التى ترتبط بالجهاز الهضمى ترجع فى الغالب إلى انسداد الأمعاء وهو الأمر الذى يؤدى إلى حدوث الإمساك، وفى واقع الأمر يرجع كلاهما أى انسداد الأمعاء والإمساك إلى ضعف العضلات. وإلى جانب ذلك فإن بعض هؤلاء الأطفال يعانون من أمراض فى البطن وهو ما يتطلب أن يسيروا وفق نظام غذائى معين.

(٤) مشكلات العينين :

يصل احتمال حدوث مثل هذه المشكلات من جانب أولئك الأطفال إلى حوالى ٦٠ % تقريباً، وعادة ما تتضمن تلك المشكلات انسداد القنوات الدمعية، والاستجماتيزم astigmatism والحول strabismus وقصر النظر، وطول النظر. كذلك فإن المياه البيضاء cataract توجد لدى البعض منهم، وقد تكون وراثية فى بعض الحالات. كما أن بعضهم إلى جانب ذلك قد يعانى فى بعض الأحيان من جحوظ العينين.

(٥) مرض الزهايمر : alzheimer

من المعتقد أن هؤلاء الأفراد يعدون أكثر عرضة لهذا المرض من غيرهم من الأفراد حيث يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يصابوا به، لكن ليس من الضرورى أن

يصاب كل منهم بهذا المرض، بل قد تكون هناك أسباب أخرى تعمل فى الغالب على ظهور أعراض شبيهة به كفقد الذاكرة على سبيل المثال.

(٦) لوكيميا الأطفال :

ويعد هذا المرض من الأمراض المرتبطة بالدم والتى يكون من شأنها أن تعود بنتائج سلبية على الطفل، إلا أن احتمال حدوثه بين الأطفال من ذوى متلازمة داون يقل عن ١ % ، ولكن هذا لا يعنى مع ذلك أنهم فى مأمن منه، بل إن الواقع يدل بما لا يدع مجالاً للشك أنه من المحتمل بالنسبة لهم أن يصابوا به، وأن مثل هذه النسبة التى تمثل احتمال حدوثه بينهم تعد رغم ذلك نسبة عالية قياساً بأقرانهم من الأطفال العاديين أو حتى من فئات الإعاقة الأخرى.

ثانياً : المشكلات الصحية المرتبطة بمتلازمة داون :

يشير سميث (٢٠٠١) Smith إلى أنه بجانب تلك القائمة الطويلة من الأمراض التى يمكن أن يتعرض لها الأطفال والأفراد عامة من ذوى متلازمة داون هناك العديد من المشكلات الصحية التى يمكن أن يتعرضوا لها، والتى يحتمل بالنسبة لها أن تؤدى إلى أمراض أو مشكلات أكثر تطوراً. ومن هذه المشكلات ما يلى :

(١) عدوى الجهاز التنفسى :

تعد مثل هذه العدوى شائعة بين هؤلاء الأطفال وذلك بسبب التكوين الشاذ لجهازهم التنفسى حيث تكون أنوفهم ضيقة من الداخل مما يجعل الممرات الهوائية بها ضيقة أيضاً. ويمكن أن يؤدى هذا الوضع كذلك إلى تكوُن سائل ثابت فى الأذن الوسطى وهو الأمر الذى يتطلب التخلص المستمر منه حتى لا يؤدى إلى حدوث مشكلات بالأذن أكثر تطوراً. كذلك فإن هناك قصوراً فى جهازهم المناعي immune system وهو الأمر الذى يعرضهم إلى الإصابة المتكررة بالعدوى البكتيرية. وتعتبر مثل هذه المشكلات هى المسئولة عن العديد من حالات الوفاة خلال طفولة هؤلاء الأفراد وخاصة فى السنوات الأولى من حياتهم.

(٢) مشكلات السمع :

يولد بعض هؤلاء الأطفال وهم يعانون من تلف فى العصب السمعى مما يؤدى إلى فقدهم للسمع . كما أنهم يعدون أكثر عرضة لتلك العدوى التى تصيب آذانهم، وإلى تكوُّن سائل فى الأذن الوسطى وذلك بشكل مستمر تقريباً . ويبلغ احتمال حدوث فقد السمع من جانبهم حوالى ٧٥ % تقريباً، أما بالنسبة لعدوى الأذن أو لإصابتها فإن احتمال حدوثها بينهم يتراوح بين ٥٠- ٧٠ % على وجه التقريب . وعندما يتعرض أولئك الأطفال لضعف السمع أو فقدهم له فإن هذا الأمر من شأنه أن يؤدى إلى تأخر نموهم اللغوى الذى يعد فى حد ذاته متأخراً دون أن يتعرضوا لأى من ضعف السمع أو فقده .

(٣) مشكلات الأسنان :

يختلف التجويف الفمى الذى يتضمن الأسنان لدى هؤلاء الأطفال عن أقرانهم العاديين، كما يختلف شكل أسنانهم كذلك وهو ما أوضحناه فى الحديث عن الخصائص المميزة لهم، وإلى جانب ذلك توجد فراغات كبيرة بين أسنانهم، وهو ما يجعلهم يختلفون عن أقرانهم أيضاً . وإضافة إلى ذلك فإنهم خاصة فى مرحلة البلوغ وما بعدها يعدون عرضة لتلك الأمراض التى تصيب الأنسجة المحيطة بأسنانهم .

(٤) التشنجات : seizures

تعتبر التشنجات أمراً شائعاً بالنسبة لهؤلاء الأطفال قياساً بأقرانهم العاديين فى مثل عمرهم الزمني، ومع ذلك فإن السبب الذى يؤدى إلى حدوث تلك التشنجات لا يزال غير معروف حتى الوقت الراهن . ومن أكثر التشنجات شيوعاً بين أولئك الأطفال منذ مرحلة المهد ما يعرف بالتشنجات الطفلية infantile spasms التى تحدث بعد ميلادهم بفترة ليست طويلة وتستمر معهم خلال تلك المرحلة وما بعدها، إلا أن هذا النوع من التشنجات يقل مع الزيادة فى أعمارهم .

(٥) مشكلات التنفس :

غالباً ما يعانى هؤلاء الأفراد من مشكلات تنفس عديدة لأسباب ترتبط بجهازهم التنفسى من الناحية التركيبية بداية من مشكلات الأنف والحلق والصدر والقفص الصدرى عامة وهو ما يعرضهم كذلك لمشكلات النوم المتعددة كالأرق، والنوم المتقطع على سبيل المثال حيث قد ينام البعض منهم لفترات قليلة متقطعة، وينام لفترة محدودة فى كل مرة. ويضيف ليفانون وآخرون (١٩٩٩) Levanon et.al. أنهم كثيراً ما يتوقفون عن التنفس أثناء النوم مما قد يعرضهم للاختناق apnea وهو الأمر الذى يحتمل حدوثه بينهم بنسبة تصل ما بين ٥٠- ٧٥ % . كذلك فإن ضيق الممرات الهوائية لديهم، وضعف عضلاتهم، وكبر اللوز من جانبهم، وتضخم اللحمية adenoids فى أنوفهم قد يزيد من مشكلات التنفس بالنسبة لهم.

(٦) مشكلات الوزن :

هناك العديد من هؤلاء الأطفال تزداد أوزانهم بدرجة واضحة وهو ما يعد أمراً شائعاً بينهم على الرغم من تلك المخاطر الشديدة التى يمكن أن تترتب على ذلك. وقد تساعد زيادة أوزانهم تلك مع سماتهم المتعددة التى عرضنا لها منذ قليل على حدوث العديد من المشكلات المتباينة لهم والتى يعانون منها لفترات طويلة وقد تكون سبباً رئيسياً فى حدوث انتكاسات صحية عديدة من جانبهم. ولذلك ينبغى أن يسير الطفل وفق برنامج غذائى معين، وأن يمارس بعض التمرينات الرياضية بشكل منتظم حتى يمكن أن يتجنب العديد من تلك المخاطر التى يمكن أن تترتب على زيادة الوزن مع ضعف عضلات الجسم بشكل عام.

(٧) المشكلات المتعلقة بالنخاع الشوكى : spinal

يؤدى ضعف عضلات وأربطة الرقبة من جانب هؤلاء الأفراد إلى زيادة احتمال تعرضهم لمشكلات تتعلق بالنخاع الشوكى خاصة خلع أو ملخ العظمتين الأوليين فى الرقبة. ولذلك فإن بعض هؤلاء الأفراد الذين يبلغون العشرينيات من أعمارهم تكون

المفاصل الموجودة فى عظام الرقبة بالنسبة لهم غير ثابتة وهو الأمر الذى يعرضهم لإصابات فى رقابهم بشكل مستمر حيث تبلغ نسبة حدوث هذا الأمر بينهم ١٥ % تقريباً، ومع ذلك فنادراً ما تحدث إصابات خطيرة فى الحبل الشوكى لهم. كذلك فإنهم قد يتعرضوا لالتهاب المفاصل فى مرحلة المراهقة، ويكون ذلك الالتهاب شديداً بالنسبة لهم.

ونحن نرى أن هناك على الجانب الآخر اضطرابات نفسية عديدة يتعرض لها هؤلاء الأفراد يمكن أن تؤثر عليهم بدرجة كبيرة، كما يمكن أن تؤثر إلى جانب ذلك على نموهم، وعلى شخصياتهم بوجه عام وهو الأمر الذى يمكن أن يضيف تعقيدات جديدة إلى تلك التعقيدات الموجودة بالفعل لديهم على أثر ما يتعرضون له من أمراض مختلفة أو مشكلات صحية متباينة ذات أثر سلبى عليهم، وعلى تطور مهاراتهم المختلفة بشكل عام على الرغم من بساطة مثل هذه المهارات. كما أن سماتهم الفريدة تعرضهم إلى جانب ذلك بما لا يدع مجالاً للشك للعديد من المشكلات، والتى تجعل منهم على الجانب الآخر فئة فريدة تختلف عن غيرها حتى من فئات الإعاقة المختلفة وذلك بشكل واضح يجعل من النادر جداً حدوث أى أخطاء فى تشخيصهم. ومن هذا المنطلق يمكن أن نعرض لتلك الاضطرابات على النحو التالى :

(١) اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى المفرط : ADHD

يضم هذا الاضطراب وفق ما يعرضه دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM- IV الذى أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA ثلاثة اضطرابات مستقلة تمثلها الاضطرابات التالية؛ اضطراب قصور الانتباه attention deficit واضطراب النشاط الحركى المفرط hyperactivity إلى جانب النمط المختلط mixed الذى يجمع بين الاضطرابين السابقين معاً. وجدير بالذكر أن أياً من هذه الاضطرابات يحدث بين هؤلاء الأطفال بنفس معدلات حدوثه بين الأطفال المتخلفين عقلياً، ومن المعروف أن

معدلات الانتشار بين الفئتين أى بين المتخلفين عقلياً وذوى متلازمة داون تعد فى واقع الأمر معدلات مرتفعة، كما أنها فى ذات الوقت تعد أعلى بشكل كبير من معدلات انتشارها بين أقرانهم العاديين.

(٢) اضطراب التوحد : autism

من الواضح أن اضطراب التوحد ينتشر بشكل كبير بين الأطفال والمراهقين من ذوى متلازمة داون حيث تبلغ نسبة انتشاره حوالى ١٠ % تقريباً أو فى حدود هذا المعدل. ومن الجدير بالذكر أن كثيراً من تلك السلوكيات التى تصدر عن هؤلاء الأطفال والمراهقين إنما تتفق فى جوهرها مع المحكات الخاصة باضطراب التوحد وإن اختلفت فى درجة حدتها وهو الأمر الذى يجعل الكثيرين يسيئون تشخيص هذا الاضطراب بين أولئك الأفراد إذ يعتقدون أن الأمر لا يعدو أن يكون كذلك حتى تحدث المفاجأة فى النهاية ويرون أن الأمر مختلف. وسوف نتناول ذلك بالتفصيل فى الفصل الأخير من هذا الكتاب.

(٣) اضطرابات القلق :

تضم اضطرابات القلق وفقاً لما يعرضه الدليل التشخيصى (١٩٩٤) DSM- IV العديد من الاضطرابات هى اضطراب القلق العام، واضطراب الهلع، والمخاوف المرضية، والوساوس والأفعال القهرية، واضطراب انعصاب ما بعد الصدمة إلى جانب قلق الطفولة، وقلق الانفصال. ويعد اضطراب القلق العام، وقلق الطفولة، والأفعال القهرية هى الأكثر انتشاراً بين الأطفال والمراهقين من ذوى متلازمة داون حيث تنتشر بدرجة كبيرة بينهم وإن كانت هناك صعوبات عديدة فى تشخيصها نظراً لأن الطفل يكون غير قادر على أن يستجيب لتلك الأسئلة التى تتعلق بمشاعره وإدراكاته وأفكاره. ومن أهم الأعراض الدالة على ذلك ما يلى :

١- انخفاض معدل العناية بالذات من جانبهم.

٢- فقد تلك المهارات التى يستخدمونها لأداء أنشطة الحياة اليومية.

٣- فقد المهارات اللفظية التى يكونوا قد اكتسبوها.

٤- فقد المهارات الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية من جانبهم.

٥- التوقف عن استخدام الأساليب البديلة للتواصل.

٦- الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

٧- فقد المهارات اللازمة للعمل فى مهنة معينة.

٨- انخفاض معدل أدائهم للأنشطة المختلفة.

٩- البطء الواضح فى أداء الأنشطة قياساً بما كان الوضع عليه من قبل.

١٠- ظهور أعراض بارانوية عليهم.

١١- زيادة فى معدل حديثهم لأنفسهم.

١٢- زيادة معدل سلوكهم العدوانى سواء على الغير أو الممتلكات.

١٣- زيادة معدل إيذائهم لذواتهم والإساءة إليها self-abuse وذلك بشكل واضح.

١٤- حدوث تغيرات فى أنماط النوم من جانبهم.

١٥- حدوث تغير فى الوزن من جانبهم.

١٦- النسيان المتكرر والمستمر.

الفحوص الطبية اللازمة

من الضرورى بالنسبة للأزواج والزوجات الذين ينحدرون من أسر لها تاريخ مرضى يتعلق بمتلازمة داون أن يقوموا وفقاً لما تقره الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال American Academy of Pediatrics(٢٠٠١) بإجراء العديد من الفحوص الطبية الجينية وذلك قبل أن يفكروا فى إنجاب الأطفال، كما يتطلب الأمر أيضاً حصولهم على الإرشاد الذى يتعلق بمثل هذا الأمر حيث يتم توضيح تلك الأمراض الجينية أو الوراثية

التى يمكن أن تترتب على ذلك، واحتمالات حدوثها، وما يمكنهم أن يقوموا به آنذاك. ويأتى فى مقدمة ذلك بطبيعة الحال احتمالات حدوث متلازمة داون وإنجابهم لأطفال يعانون منها بناء على ذلك. وتتعدد الفحوص الطبية التى تلزم لهذا الغرض حيث تتضمن مثل هذه الفحوص ما يتم أثناء الحمل إلى جانب ما يتم منها بعد الولادة إضافة إلى الاكتشاف المبكر لتلك الحالات التى تولد وهى تعانى من هذه المتلازمة. ويمكن أن نعرض لذلك كما يلى :

أولاً : الفحوص اللازمة أثناء الحمل :

تتضمن مثل هذه الفحوص نوعين أساسيين يعد الأول منهما بمثابة فحوص فرز أو تصفيةscreening tests ويتم من خلالها التأكد من احتمال تعرض الجنين لهذه المتلازمة، بينما يعد النوع الثانى بمثابة فحوص تشخيصية diagnostic tests يتم التعرف من خلالها على حالة الجنين على وجه الدقة فيما يتعلق بتلك المتلازمة، وتحديد هل سيصبح ممن يعانون منها أم لا. ويمكن أن نعرض لهذه الفحوص على النحو التالى :

١- فحوص الفرز أو التصفية :

ويتم أثناء فترة الحمل فحص لدم الأم الحامل وذلك للكشف عن احتمال وجود متلازمة داون أو غيرها من الأمراض الجينية أو الوراثية الأخرى. وتتعدد تلك الفحوص بحسب ما يحدده الطبيب المختص، وتضم ما يلى :

- alpha-fetoprotin
- inhibin A
- human chorionic gonadotropin
- estriol

ومع ذلك فهناك جدل كبير بين الأطباء حول موعد إجراء مثل هذه الفحوص ونوعها وذلك خلال فترة الحمل. وجدير بالذكر أن معدل اكتشاف متلازمة داون

من خلال اختبارات الفرز أو التصفية هذه يتراوح بين ٦٠- ٨٠ % تقريباً. ومع ذلك يبقى الأمر فى حاجة إلى إجراء اختبارات أكثر دقة للتأكد من الحالة بشكل دقيـــق.

٢- الفحوص التشخيصية :

من الجدير بالذكر أنه إذا لم يكن الزوجان ينحدران من أسر لها تاريخ مرضى يتعلق بالأمراض الجينية أو الوراثية فإن فحوص الفرز أو التصفية قد تكون كافية، أما إذا كان الأمر غير ذلك يصبح من الضرورى إجراء الفحوص التشخيصية التالية للأم الحامل :

(١) الموجات فوق الصوتية للجنين : fetal ultrasound

ويتم اللجوء إلى هذا الفحص للتأكد من طول العظام الكبيرة للجنين كالذراعين والرجلين، وقياسهما، ومقارنتهما بتلك المعايير العادية حيث تكون هذه العظام فى حالة متلازمة داون أقصر منها فى الحالات العادية. كذلك فإن كثافة أو سمك الجلد فى رقبة الجنين يتم فحصها أيضاً من خلال مقارنة المسافة بين عظام رقبته بالمعايير العادية لها.

(٢) فحص السائل المحيط بالجنين فى الرحم : amniocintesis

يعد هذا الفحص ضرورياً إذا ما توفرت ظروف معينة تعتبر هى الأساس الذى يجعلنا نخشى منها إذ أنها تساعد كثيراً فى حدوث هذه الحالة. وتتمثل هذه الظروف فيما يلى :

١- إذا كان عمر الأم الحامل يتجاوز ٣٥ عاماً.

٢- إذا كانت واحدة أو أكثر من نتائج فحص الدم الخاصة بالأم غير عادية.

٣- إذا كان لديها طفل آخر من ذوى متلازمة داون.

٤- إذا كان لديها هى شخصياً تاريخ أسرى لهذه الحالة.

ويكاد لا يكون لهذا الفحص أى خطر على الجنين حيث لا يحدث الإجهاض إلا فى ١ % من الحالات تقريباً. ويعتبر هذا الفحص دقيقاً للغاية فى التعرف على احتمال حدوث متلازمة داون إذ تصل دقته إلى حوالى ٩٩,٨% تقريباً.

(٣) فحص عينة من الزغب الذى يكسو المشيمة : chorionic villus sampling CVS

يمكن إجراء هذا الفحص فى وقت مبكر عن فحص السائل المحيط بالجنين فى الرحم، إلا أن خطورته تتمثل فى احتمال حدوث الإجهاض حيث تزداد نسبة ذلك الاحتمال قياساً باحتمال حدوثه فى حالة فحص السائل المحيط بالجنين فى الرحم.

(٤) فحوص أخرى :

مما لا شك فيه أن الطبيب المختص قد يوصى إذا ما وجد أن الحالة تستدعى ذلك حيث تجعله نتائج الفحوص الأخرى يتوقع حدوث شذوذ كروموزومي، وأن الجنين بالتالى سيكون من ذوى متلازمة داون بإجراء عدد من الفحوص الأخرى كما يلى :

١- فحص قلب الجنين باستخدام جهاز رسم القلب الذى يعتمد على تسجيل نبضات القلب بيانياً fetal echocardiography .

٢- فحوص لجهازه الهضمى مستخدماً الموجات فوق الصوتية.

٣- إجراء فحوص أخرى بعد ميلاد الطفل سوف نتناولها فى النقطة التالية.

ثانياً : الفحوص اللازمة بعد الميلاد :

هناك مجموعة من الفحوص الأخرى التى يتم إجراؤها للطفل بعد ميلاده وذلك إذا ما تأكد الطبيب منذ قيامه بالفحوص السابقة أثناء فترة الحمل من حدوث خطأ أو شذوذ كروموزومى من شأنه أن يجعل من ذلك الجنين بعد ميلاده واحداً من أولئك الذين يعانون من متلازمة داون. ومن هذه الفحوص ما يلى :

(١) فحص مجموع خصائص نواة الخلية : **Karyotyping**

يتم إجراء هذا الفحص بعد ميلاد الطفل وذلك للتأكد من ذلك التشخيص الذى يكون قد تم القيام به خلال فترة الحمل. وتظهر نتيجة الفحص على النحو الذى يوضحه الشكلان ١، ٢ حيث يوضح الشكل رقم ٢ على وجه التحديد خصائص نواة الخلية حال وجود خطأ أو شذوذ كروموزومى فى الكروموزوم رقم ٢١ . وبذلك يتم التأكد بشكل قاطع وبما لا يدع أى مجال للشك من أن الطفل يعانى من متلازمة داون، وعلى هذا الأساس يتم اختيار أساليب التدخل المبكر التى سيتم بموجبها التعامل معه فى سبيل تحسين حالته بشكل عام.

(٢) اختبارات سمع :

يتم إجراء اختبارات للسمع بداية من ميلاد الطفل، أو بعد بلوغه ثلاثة شهور من العمر وذلك للتأكد من مدى سلامة سمعه، والاكتشاف المبكر لأى مشكلة يمكن أن يتعرض السمع لها حيث أن التركيب التشريحى للطفل من ذوى متلازمة داون يؤدى به كما نعلم إلى العديد من مشكلات السمع، وأن التدخل المبكر يفيد كثيراً فى مثل هذه الحالة.

(٣) فحص دم شامل :

ويتم اللجوء إلى مثل هذا الفحص فى الأساس كى يتم التأكد من وجود اللوكيميا leukemia حيث تعد من الأمراض الأكثر شيوعاً بين أولئك الأطفال وهو ما يمكن أن يعطى الفرصة للتدخل المبكر مما قد يعود بنتائج إيجابية على الطفل.

(٤) فحوص خاصة بالغدة الدرقية :

على الرغم من ندرة حدوث مشكلات تتعلق بالغدة الدرقية عند ميلاد الطفل فإن مثل هذه المشكلات تتطور لديه بعد ذلك. ويتم التأكد من ذلك عن طريق فحوص للدم يتم إجراؤها فى الأساس لهذا الغرض.

(٥) فحص شامل للقلب :

ويعد مثل هذا الفحص ضرورياً حيث تنتشر أمراض القلب بين أولئك الأطفال بشكل كبير، كما أن الكثيرين منهم يولدون وهم يعانون من مشكلات تتعلق بالقلب حيث تتراوح نسبتهم تقريباً بين ٤٠- ٥٠ % . ومن أهم ما يتضمنه هذا الفحص ما يلى :

١- استخدام الأشعة السينية X ray لتقييم حجم القلب، وشكله .

٢- عمل تخطيط كهربى للقلب . electrocadiography

٣- تسجيل نبضات القلب بيانياً علىَ جهاز رسم القلب . echocardiograph

ثالثاً : الاكتشاف المبكر للحالة :

يعد الاكتشاف المبكر للحالة عاملاً هاماً وحاسماً بالنسبة لها حيث يتم التدخل المبكر على أساس ذلك وفى ضوئه، وهو الأمر الذى يمكن أن يعود بالفائدة على الطفل إذ تتم رعايته منذ البداية على أسس طبية سليمة مما يساعد بدرجة كبيرة فى الحد من كثير من تلك المشكلات التى يمكن أن يتعرض لها، وقد يصل بعض هؤلاء الأفراد إلى الخمسين وحتى الستين من أعمارهم نتيجة لتلك الرعاية المتنوعة التى يجدونها على أثر ذلك وهو ما أكدته دراسات عديدة فى هذا المضمار . وجدير بالذكر أن الاكتشاف المبكر للحالة يتطلب ضرورة توفر شرط أساسى يتمثل فى إجراء الفحوص اللازمة أثناء الحمل، كما أنه يتطلب من ناحية أخرى أن تتوفر ثلاثة عوامل أساسية فى هذا الصدد هى :

١- أن يكون عمر الأم الحامل قد تجاوز ٣٥ عاماً .

٢- أن يكون لديها هى أو زوجها تاريخ أسرى لهذه المتلازمة .

٣- أن يكون قد اتضح من الفحص الطبى لهما قبل الحمل أن أياً منهما يحمل ذلك الجين الذى ينتمى إلى النمط الثانى من أنماط هذه المتلازمة

وهو النمط الذى يتم فيه انتقال جزء من الكروموزوم رقم ٢١ من موضعه إلى كروموزوم آخر ٠ translocation

أساليب الرعاية

تتعدد أساليب الرعاية التى يمكننا أن نقدمها لهؤلاء الأطفال أو الأفراد عامة الذين يعانون من متلازمة داون٠ ومن هذا المنطلق يمكن لنا أن نقوم بذلك من خلال عدد من المحاور المختلفة التى يمكن لكل منها أن يفيد بدرجة ما أو بقدر معين لكنه بلا شك يؤدى فى ذات الوقت إلى حدوث بعض الإيجابيات التى تنعكس آثارها على الطفل، ومن ثم يعمل بطريقة أو بأخرى على الحد من تلك الآثار السلبية التى تترتب على هذه المتلازمة وهو ما يمكن أن يساعد فى إكساب الطفل مهارة معينة، أو تنمية تلك المهارة إذا كانت موجودة لديه بدرجة معينة، أو تدريبه على أداء نمط سلوكى مرغوب، أو الحد من أدائه لنمط سلوكى آخر غير مرغوب، أو تعليمه مهارات السلوك الاستقلالي، أو مهارات السلوك التكيفي، أو مهارات الحياة اليومية وتدريبه عليها، أو تعليمه فى الوقت ذاته المهارات الاجتماعية أو مهارات التواصل اللفظى منها وغير اللفظى وتدريبه عليها أيضاً، وما إلى ذلك٠ ومن ناحية أخرى فإن بعض هذه المحاور قد يعمل دون شك على الاهتمام بصحته، وتحسين حالته الصحية، والحد من المشكلات الصحية التى يمكن أن يتعرض لها وهو الأمر الذى يساعد كثيراً فى نجاح الجهود الأخرى التى تبذل فى أى جانب من الجوانب الأخرى أو وفق أى محور من تلك المحاور المتعددة التى تتضمنها أساليب الرعاية التى يتم تقديمها إليهم، وبالتالى فهى تسهم فى تحقيق نتائج إيجابية فى هذا الصدد٠ ويمكن أن نعرض لمثل هذه الأساليب فى عدد من المحاور على النحو التالى :

أولاً : أساليب الوقاية :

من الجدير بالذكر أنه لا يمكننا حتى الوقت الراهن أن نمنع حدوث متلازمة داون تحت أى ظروف، ولكننا مع ذلك نستطيع أن نقوم بمراعاة بعض العوامل ذات الأهمية فى هذا الصدد نذكر منها على سبيل المثال ما يلى :

١- يفضل ألا تقبل السيدات على الحمل بعد الخامسة والثلاثين من أعمارهن.

٢- أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة قبل الزواج للتأكد من عدم وجود احتمال حدوث خطأ أو شذوذ فى انقسام الخلايا.

٣- أن يتم إجراء الفحوص الطبية اللازمة للأم الحامل حتى تتأكد من سلامة جنينها.

٤- إذا اتضح من الفحوص الطبية أن هناك خطأ كروموزومياً قد حدث وأدى إلى متلازمة داون فإنه يجب على الأم أن تعمل على مراعاة بعض الإجراءات بعد ولادة طفلها، ومن هذه الإجراءات ما يلى :

- أن تقوم بإجراء الفحوص الطبية اللازمة له آنذاك.
- أن تجعله بعد ذلك يسير وفقاً لنظام غذائى محدد.
- أن تجعله يمارس نوعاً من أنواع الرياضة بشكل منتظم.
- أن توفر له قسطاً كبيراً من الراحة يومياً.
- أن توفر له الرعاية الطبية المناسبة.

كذلك فإن هناك أنواعاً مختلفة من الوقاية يجب أن يتم توفيرها والاهتمام بها، وتتمثل تلك الوقاية فى كل من الوقاية الأولية، والثانوية، والثالثة كما يلى :

(١) الوقاية الأولية : primary

هى جملة الإجراءات التى تهدف إلى الحد من حدوث متلازمة داون قدر الإمكان وذلك من خلال مراعاة بعض الجوانب والعوامل أو المتغيرات ذات الأهمية فى هذا الإطار من جانب الوالدين وخاصة الأم وذلك من قبيل تلك العوامل التى عرضنا لها آنفاً إلى جانب نشر الوعى الصحى اللازم فى هذا الصدد، والتعريف بهذه المتلازمة وما يترتب عليها من آثار سلبية على الطفل والأسرة والمجتمع بأسره، وإجراء الفحوص

الطبية اللازمة للأم الحامل، وتحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية المقدمة، والاهتمام بالتطعيمات المختلفة فى مواعيدها المحددة.

(٢) الوقاية الثانوية : **secondary**

وهى جملة الإجراءات التى تهدف إلى منع تطور هذه الحالة إلى حالة عجز وذلك من خلال الكشف المبكر عنها عن طريق إجراء الفحوص الطبية اللازمة على الأم الحامل سواء كانت فحوص فرز وتصفية أو فحوص تشخيصية إذا لزم الأمر، وإجراء الفحوص الطبية اللازمة للطفل مع ميلاده وما بعده، وتوفير الرعاية الطبية المناسبة فى هذا السن المبكر، والاهتمام بتحديد نظام غذائى مناسب، واللجوء إلى بعض التدخلات المبكرة سواء كانت نفسية أو اجتماعية إلى جانب التدخل العلاجى المبكر لمثل هذه الحالات.

(٣) الوقاية الثالثة : **tertiary**.

وتعد بمثابة جملة الإجراءات التى تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز وتطورها إلى حالة إعاقة وذلك من خلال تعزيز تلك القدرات المتبقية لدى الفرد، والحد من مختلف التأثيرات السلبية التى تترتب على العجز لديه. ويتم فى سبيل ذلك اللجوء إلى تدخلات مختلفة طبية، ونفسية، واجتماعية، ورياضية، وغذائية تسهم بشكل فاعل فى تنمية ما تبقى لديه من قدرات وتطويرها وتوجيهها بالشكل الذى يمكن أن يؤدى إلى حدوث انعكاسات إيجابية على الطفل وهو الأمر الذى أكدته دراسات عديدة إذ أكدت أن بعض هؤلاء الأفراد يعيشون حتى الخمسينيات وربما الستينيات من أعمارهم وهو ما لم يكن يحدث من قبل إلا نادراً جداً.

ثانياً : التدخل الأسرى :

تلعب الأسرة والوالدان على وجه الخصوص دوراً هاماً فى سبيل مساعدة الطفل من ذوى متلازمة داون على استغلال ما تبقى لديه من قدرات وإمكانات وذلك إلى الحد

الأقصى، ومن ثم ينبغى أن تعمل الأسرة على مساعدة هذا الطفل فى تطوير تلك القدرات والإمكانات وتنميتها وذلك من خلال ما يلى :

١- أن يكونا صبورين عند تعليم طفلهما أداء تلك المهارات المختلفة وتدريبه على هذا الأمر وذلك بداية من الأنشطة أو المهام الحركية التى يجب أن يقوم بها خلال العام الأول من حياته كالتقلب من البطن إلى الظهر أو العكس إلى جانب الحبو، والوقوف، والمشى على سبيل المثال.

٢- الاهتمام بالفحص الطبى الدورى المنتظم للطفل حتى يتجنب بعض الأمراض والمشكلات الصحية المختلفة التى قد تصيبه من جراء حالته تلك، والتى يمكن أن تؤثر سلباً على معدل نموه، بل وعلى شخصيته ككل مع الأخذ فى الاعتبار أن هذه المتلازمة ليست مرضاً أو اضطراباً يمكن أن نجد هناك علاجاً معيناً يؤدى إلى الشفاء منه، بل إنها فى واقع الأمر تعد بمثابة حالة لا يحدث الشفاء منها.

٣- مساعدته على تعلم مهارات العناية بالذات وتدريبه على ذلك منذ وقت مبكر من حياته، وينبغى أن يمثل ذلك شكلاً من أشكال التدخل المبكر بحيث يتم خلاله تدريبه منذ هذا السن على تلك المهارات اللازمة لذلك.

٤- إعطاء الطفل الفرصة كى يقوم بممارسة ما تعلمه بنفسه مع تصحيح أخطائه أولاً بأول حتى لا يدركها على أنها صواب مما يترتب عليه بذل جهد مضاعف فى سبيل تخليصه منها حينئذ واستغراق ذلك لوقت أطول.

٥- أن يضعا فى اعتبارهما أن هذا الطفل يمكنه أن يتعلم كغيره من الأطفال، إلا أن ذلك يتطلب منه وقتاً أطول وجهداً أكثر مما يقوم به أقرانه العاديون، ولذلك فهو يتعلم بمعدل أبطأ منهم بكثير.

٦- يجب أن يتم تجنب عقاب الطفل على ما يقوم به من سلوكيات لا تتفق فى الغالب مع ما يطلبانه منه، بل عليهما أن يقوما بتدعيم وتعزيز سلوكياته الإيجابية وتجاهل ما قد يصدر عنه من سلوكيات غير مناسبة.

٧- ينبغى على الوالدين أن يقوما بتعليم الطفل تلك المهارات اللازمة كى يقوم بإطعام نفسه، وأن يدرباه على ذلك حتى يصبح بإمكانه أن يؤديها بنفسه، بل ويمكنه أن يساعدهما أيضاً فى القيام ببعض المهارات التى تتعلق بذلك كإعداد المائدة على سبيل المثال.

٨- يجب عليهما كذلك أن يدرباه على المهارات التى تلزمه كى يقوم بارتداء ملابسه أو خلعها، بل إن عليهما أن يدرباه بشكل عام على مهارات الحياة اليومية وهى تلك المهارات التى يمكن أن تؤدى به إلى الأداء السلوكى المستقل.

٩- العمل على تنمية وتطوير مهاراته الاجتماعية سواء المهارات اللفظية أو المهارات غير اللفظية وهو الأمر الذى يساعده على تحقيق التواصل مع الآخرين لفظياً وغير لفظى وهو ما يمكنه على أثر ذلك من الاندماج معهـــم.

١٠- يجب أن يعمل الوالدان بالاشتراك مع أخصائى تخاطب على الإسهام بشكل فعال فى علاج اضطرابات النطق والكلام لطفلهما، وتنمية مهارات اللغة التعبيرية لديه.

١١- ينبغى على الوالدين إذا لم يكن طفلهما قادراً على استخدام اللغة بشكل مقبول فى سبيل القيام بالتواصل اللفظى أن يعملا على تعليمه استخدام أساليب بديلة للتواصل كالإشارات والإيماءات مثلاً، وأن يدرباه على استخدام الكمبيوتر لتحقيق نفس هذا الغرض.

١٢- إذا تمكن الوالدان من تعليم طفلهما استخدام الكمبيوتر فإن هذا من شأنه أن يساعدهما على تعليمه العديد من المهارات المختلفة وتدريبه عليها حتى يتمكن من أدائها بشكل مقبول كالمهارات الأكاديمية مثلاً، إلا أن ذلك لن يتضمن المهارات الاجتماعية.

١٣- يجب على الوالدين أن ينغمسا مع طفلهما فى أداء ما يقوم به من أنشطة ومهام مختلفة سواء كانت أكاديمية أو حياتية، وأن يبديا اهتماماً كبيراً بما يؤديه منها، بل ويشاركانه فى ذلك. كما يجب عليهما فى هذا الإطار إذا كان الطفل قد تم إلحاقه بالمدرسة أن ينغمسا معه فى تعليمه المدرسي، وأن يقدما له الدعم والتأييد اللازم لذلك، وأن يشجعانه على أداء الأنشطة الأكاديمية المختلفة.

١٤- ينبغى على الوالدين أن يقوما بتشجيع الطفل على الاشتراك فى الأنشطة المختلفة مع الأقران من خلال دعوتهم إلى المترل أو خروج الطفل إليهم إذا لم يكن بالمدرسة، أو مع الأقران بالمدرسة إذا كان الطفل مقيداً بها، وتشجيعه على إبداء الاهتمام بهم، وإقامة علاقات اجتماعية مناسبة معهم.

١٥- على الوالدين أن يقوما كذلك بتدريب الطفل على أن يأتى بالسلوكيات الاجتماعية المقبولة فى إطار بيئتهم الاجتماعية، وأن يعملا جاهدين فى سبيل الحد من سلوكياته غير المقبولة اجتماعياً.

١٦- كذلك فإن عليهما مساعدته على تعلم المعايير الاجتماعية السائدة، وتدريبه عليها، وتشجيعه على احترامها ومراعاتها والتمسك أو الالتزام بها فى سلوكياته، وعدم الخروج عليها قدر الإمكان.

ثالثاً: البيئة المدرسية:

ينبغى أن تعمل البيئة المدرسية على إتباع العديد من الخطوات والإجراءات، وأن تقدم أيضاً العديد من الخدمات على النحو التالى:

١- أن توفر ما يلزم من أدوات وإجراءات وخلافه حتى يتم دمج أولئك الأطفال مع أقرانهم غير المعوقين.

٢- أن يتم توفير المعلمين المؤهلين للتعامل معهم، وتعليمهم المهارات المطلوبة، وتدريبهم عليها وفقاً لإمكاناتهم وقدراتهم.

٣- أن تعمل على تأهيل الطلاب العاديين لتقبلهم معهم فى نفس الفصول وذلك من خلال تغيير اتجاهاتهم نحوهم حتى يتمكنوا من مشاركتهم والتفاعل معهم.

٤- أن يتم توفير خطة تعليم فردية individual education plan IEP تراعى الحاجات الاجتماعية والانفعالية للطفل وتقوم عليها، وتتضمن بعض التوصيات التى يمكن إتباعها مع الطفل حتى يمكن تعليمه بالشكل الأمثل بالنسبة له ،

٥- أن تعمل على توفير غرفة مصادر مجهزة بكل ما يمكن أن يحتاج الطفل إليه ويكون من شأنه أن يساعده كى يتعلم مما يسهل بالتالى حدوث عملية التعلم تلك،

٦- أن توفر لهم الفرصة للاستكشاف واكتساب الخبرات نظراً لأن العديد من الوظائف النمائية التى نجدها عند الطفل العادى لا تتوفر لدى هؤلاء الأطفال ،

٧- أن توفر لهم الفرصة للاشتراك مع الآخرين، وأن تعدهم للمشاركة فى المجتمع.

٨- أن توفر لهم الدعائم الأساسية للحياة من خلال تنمية المهارات الأساسية، والقدرات الحسية، ومهارات العناية بالذات، والكفاءة اللغوية والاجتماعية ،

رابعاً : المناهج الدراسية :

يشير ماتيز Mattheis (٢٠٠٢) إلى أن تلك المناهج الدراسية التى يتم تقديمها لأولئك الأطفال ينبغى أن تعمل على تحقيق ما يلى :

١ – أن تتضمن بعض التغييرات أو التواؤمات التى تجعلها تتناسب مع قدرات مثل هؤلاء الأطفال وإمكاناقم المحدودة.

٢ – أن تتضمن أنشطة منهجية وأخرى لامنهجية تلائم وضعهم، وتشجعهم على الاشتراك فيها مع أقرالهم، والعمل على أدائها.

٣ – أن تتطلب حصول الطفل على خدمات خارج الفصل وفى إطار المدرسة كأن يذهب إلى غرفة المصادر على سبيل المثال.

٤ – أن تتضمن تلك المناهج أنشطة متنوعة من البيئة حتى توفر لهم الفرصة لتنمية مهاراقم التى تتعلق بأداء مثل هذه الأنشطة.

٥ – أن تتضمن هذه المناهج جانباً عملياً يساعد فى الكشف عن قدرات وإمكانات هؤلاء الأطفال حتى نتمكن من تأهيلهم مهنياً فيما بعد وفقاً لذلك.

٦ – أن تتضمن ما يعمل على تنمية مهاراقم الأكاديمية البسيطة كأن تقدم لهم بعض المشكلات البسيطة التى تتطلب منهم أن يجدوا حلولاً مناسبة لها.

٧ – أن تشجعهم على الأداء الاستقلالي، وعلى تحقيق الاستقلالية فى سلوكهم بوجه عام.

خامساً : الإجراءات والاستراتيجيات المتبعة داخل الفصل :

هناك عدد من الإجراءات المختلفة التى يجب أن يتم إتباعها داخل الفصل إلى جانب عدد آخر من الاستراتيجيات التى ينبغى اللجوء إليها والاستفادة منها فى الفصل وذلك فى سبيل تحقيق الهدف من تعليم هؤلاء الأطفال فى إطار المدرسة. ومن أهم هذه الإجراءات والاستراتيجيات التى يجب إتباعها ما يلى :

١ – أن يتأكد المعلم من انتباه الطفل إليه قبل أن يعطيه أى تعليمات. كما يجب عليه أثناء إجراء المناقشات معهم أن يوجه إليهم بعض الأسئلة حتى يتأكد من فهمهم لما يقوله ويقدمه لهم.

٢- أن يعمل على تقديم المساندة المطلوبة لهم، وأن يعتمد بدرجة أكبر على التكرار فى تقديم المعلومات حتى يتأكد من فهمهم الجيد لها، كما يجب عليه أيضاً أن يستخدم التعبيرات الوجهية المختلفة.

٣- أن يتم تشجيعهم على الاشتراك فى الأنشطة اللامنهجية extracurricular كى ينمى الانتماء لديهم ويطوره.

٤- ينبغى العمل على تنمية وتطوير المفردات والتراكيب اللغوية للأطفال وذلك من خلال عدة خطوات كما يلى :

- تقديم المفردات اللغوية الجديدة قبل تدريس الوحدة أو الدرس الجديد.
- تكرار وترديد تلك المفردات.
- تشجيع الأطفال على وضعها فى جمل بسيطة ذات معنى.
- مراعاة التراكيب اللغوية عند وضع تلك المفردات فى جمل.

٥- تحديد واجبات مترلية معينة يقوم بها الأطفال مع تدريبهم على كيفية أدائها حيث يجد أولئك الأطفال صعوبة كبيرة فى ذلك إذ أنهم يفتقرون إلى الاستقلالية فى الأداء مما قد يعرضهم للإحباط، ولكن ذلك من شأنه عند تدخل الوالدين معهم أن ينمى قدرتهم على السلوك الاستقلالي.

٦- أن يتم تقييم أداء هؤلاء الأطفال ومستوى تحصيلهم أو تقدمهم وذلك باستخدام اختبارات تحصيلية تتفق معهم مع مراعاة الحالة الصحية للطفل حيث قد يتعرض لاضطرابات صحية مستمرة وهو ما يمكن أن يعوقه عن الأداء الجيد.

٧- أن يتم التواصل المستمر مع الأسرة حتى يعلم الوالدان ما يمكن أن يقدماه للطفل من مساعدة فى المترل يتمكن على أثرها من إتمام واجباته المدرسية، وممارسة هواياته، واستذكار دروسه وهو ما يتمم عمل المدرسة ودورها.

٨- أن يتم تعليم مثل هؤلاء الأطفال فى الصف الخاص وفقاً لسماتهم وخصائصهم، وقدراتهم، وإمكاناتهم، ومستوى سمعهم بحيث يتم فى ضوء ذلك التدريس لهم فرادى أو فى مجموعات صغيرة.

سادساً : برامج التدخلات العلاجية :

تختلف التدخلات العلاجية التى يتم إتباعها مع هؤلاء الأفراد من فرد إلى آخر وفقاً لسماته الفريدة، والأعراض التى تبدو عليه، وخصائصه الجسمية الخاصة مما يجعل منها برامج خاصة مع أنها تشترك جميعها فى إطارها العام، والمبادئ التى تستند إليها. ويكمن الهدف من أى تدخل علاجى أو أى برنامج من هذه البرامج يتم تقديمه للطفل فى تعليمه الأداء السلوكى المستقل، وتدريبه عليه، وتعويده على ذلك. وبذلك فإن مثل هذا البرنامج يتطلب وجود فريق متكامل يضم طبيباً، وأخصائى نفسي، وأخصائى تخاطب، وأخصائى تأهيل، والوالدين، والمعلم، وقد تتطلب بعض هذه البرامج أخصائى تغذية. ويجب أن تتضمن البرامج العلاجية التى يتم تقديمها لهؤلاء الأفراد عدداً من العناصر المختلفة، أو قد يتخصص بعضها فى واحد أو أكثر من هذه العناصر. وتتضمن مثل هذه العناصر ما يلى :

١- إجراء الفحوص الطبية بشكل منتظم وذلك لتقييم معدل نمو الطفل وتطوره، والتعرف على إمكانية ظهور أى أمراض أو مشكلات صحية لديه، أو إصابته بها.

٢- علاج اضطرابات النطق والكلام وذلك لتنمية مهاراته على التواصل بشكل واضح وصحيح وأكثر فاعلية. كما أن تنمية مثل هذه المهارات لدى الطفل من شأنه أن يساعده على تحقيق الاستقلال المنشود.

٣- العلاج الجسمي physical والتمرينات وذلك فى سبيل تنمية مهاراته الحركية المختلفة بالشكل اللازم وهو ما قد يساعده إلى جانب ذلك على تحقيق التواصل سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية.

٤- تقديم الإرشاد اللازم لأسر هؤلاء الأطفال فيما يتعلق بالجانب الغذائى وهو الأمر الذى يحتاجون إليه بشدة وخاصة فى السنوات الأولى من طفولة أبنائهم حيث يمكن أن يعانى أولئك الأفراد من مشكلات كثيرة تتعلق بالتغذية فى مثل هذه السن، كما أنهم يحتاجون إلى ذلك بشدة أيضاً مع نمو هؤلاء الأبناء حيث تزداد أوزانهم بدرجة ملحوظة وهو الأمر الذى يتطلب تحديد نظام غذائى معين كى يسير عليه كل منهم وفقاً لظروفه.

٥- تقديم العلاج التأهيلى أو الوظيفى المناسب : occupational therapy تختلف برامج العلاج التأهيلى باختلاف المرحلة النمائية التى يمر الفرد بها، ويبدأ استخدام مثل هذه البرامج منذ مرحلة المهد وحتى مرحلة الرشد وما بعدها. وتهدف فى الأساس إلى تقديم الخدمات والتدريبات اللازمة التى تعد الفرد للتكيف مع كل مرحلة نمائية بمهامها ومتطلباتها المختلفة وهو الأمر الذى يساعده على تحقيق قدر معقول من التكيف مع البيئة المحيطة، وبالتالى تحقيق قدر مناسب من التوافق الاجتماعي.

٦- تقديم الإرشاد والتدريب المهني vocational training وذلك عندما يصل مثل هؤلاء الأبناء إلى مرحلة المراهقة حتى نساعدهم على تطوير وتنمية المهارات اللازمة من جانبهم للأداء الوظيفى فى تلك المهن التى تتناسب مع إمكاناتهم وقدراتهم المحدودة ووضعهم الفريد.

وإذا كانت هذه العناصر تعد بمثابة عناصر أساسية ينبغى أن تتضمنها برامج التدخل المختلفة التى يتم اللجوء إليها فى هذا الصدد، وتقديمها لهؤلاء الأفراد سواء كانوا أطفالاً أو مراهقين، أو يكونوا حتى قد تجاوزوا تلك المرحلة العمرية فإننا يجب فى ضوء ذلك أن نتناولها بشيء من التفصيل وذلك لتوضيح كيفية تقديم أى منها، وما يمكن أن ينطوى عليه من خدمات مختلفة، وما يمكن أن يتضمنه من عناصر فرعية وذلك على النحو التالى :

(١) الفحوص الطبية والعلاج الطبى :

يشير لوبوف وآخرون (٢٠٠٢) Lobaugh et.al. إلى حقيقة هامة فى هذا الصدد مؤداها أنه لا يوجد أى نوع من العلاج الطبى لهذه الحالة يمكن أن يؤدى إلى شفاء تام منها، وهى الحقيقة التى يجب أن تظل عالقة فى أذهاننا، ولا تغيب عنها. ومع ذلك فالتدخل الطبى يعد عنصراً أساسياً فى هذا الحالة، ولا يمكن بأى حال من الأحوال أن نتغاضى عنه وفقاً لذلك حيث تتطلب تلك الحالة من بدايتها عناية طبية فائقة كى يتمكن الطفل من الاستفادة مما يمكن أن يتم تقديمه له من خدمات وبرامج مختلفة. وعلى ذلك يجب أن يتضمن التدخل الطبى استخدام كميات من الحامض الأميني amino acid إلى جانب عقار آخر يسمى بيراسيتام Piracetam يعتقد أنه يعمل على تحسين الأداء الوظيفى العقلى للطفل، إلا أن الدراسات المختلفة فى هذا الإطار لم تثبت فاعليته أو جدواه فى سبيل ذلك، كما أنها لم تتوصل أيضاً إلى عدم وجود آثار جانبية له، ومع ذلك فهو لا يزال يستخدم حتى الآن.

أما فيما يتعلق بالفحوص الطبية المختلفة التى تعد ضرورية فى هذا الصدد فهى كما يشير سميث (٢٠٠١) Smith تعتبر متعددة، ويمكن لها أن تدخل فى إطار كل من الرعاية والعلاج إذ أن هذه المتلازمة يصاحبها العديد من الأمراض التى تصيب الطفل إلى جانب العديد من المشكلات الصحية الأخرى التى يتعرض لها وهو الأمر الذى يؤثر على صحته، وعلى رفاهيته، بل وعلى حياته بأسرها. وغنى عن البيان أن مثل هذه الفحوص الطبية المنتظمة تعمل فى سبيل التعرف المستمر على حالة الطفل، وتحديد أى تطورات جديدة يمكن أن تطرأ عليها حتى يمكن علاجها أولاً بأول وهو ما يكون من شأنه أن يحافظ عليه أو يبقيه فى حالة صحية مقبولة. ويمكن أن تتضمن مثل هذه الفحوص ما يلى :

١- فحص القلب :

يتعرض الأطفال ذوو متلازمة داون لبعض أمراض أو مشكلات وراثية فى القلب، ولذلك فإن جميع المواليد الجدد والأطفال من ذوى هذه المتلازمة يجب أن يخضعوا لمثل

هذا الفحص قبل انتهاء الشهر الثالث من أعمارهم، وتعمل المراكز التى تقدم أساليب الرعاية الثالثة على الاهتمام بذلك. ومن المعروف أن بعض هؤلاء الأفراد قد يتعرضوا خلال مرحلة المراهقة لاختلال فى الأداء الوظيفى لأحد الصمامات بالقلب.

٢- فحص السمع :

يتعرض بعض أولئك الأفراد لفقد السمع، وغالباً ما يكون فقد السمع هذا من النمط الحس عصبي sensorineural كما أنه قد يكون فى بعض الأحيان فقداً توصيلياً للسمع conductive أو فقداً مركباً أو مختلطاً mixed أى يجمع بين كلا النمطين معاً. ولذلك يجب إخضاعهم لفحص السمع منذ الشهر السادس من أعمارهم، ثم عند إتمامهم لعامهم الأول، ثم مرة واحدة سنوياً وذلك إلى أن يتموا العام الثالث من عمرهم فيستمر الفحص بواقع مرة واحدة كل عامين وذلك بشكل مستمر. ونظراً لأن قناة الأذن تكون لدى معظم هؤلاء الأفراد أقصر من الطبيعى فإنه يصعب فحص طبلة الأذن لديهم بالأساليب العادية، ومن ثم ينبغى استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة فى سبيل ذلك. ونظراً لتجمع السائل فى الأذن الوسطى منذ وقت مبكر من حياتهم فإنه يجـ التخلص منه بشكل مستمر وذلك قبل أن يبدأوا فى فقد السمع وهو ما يحدث عاده فى العقد الثانى من أعمارهم.

٣- فحص الأنف والأذن والحنجرة :

من المعروف أن هؤلاء الأطفال تكون لديهم ممرات هوائية ضيقة، كما يكون حجم اللوز كبيراً إلى جانب وجود لحمية بالأنف قد تكون ذات حجم كبير وهو الأمر الذى يسبب لهم مشكلات عديدة سواء فى التنفس، أو النوم، أو غير ذلك، كما أن مثل هذا الأمر يمكن أن يعرضهم كما أوضحنا سلفاً إلى توقف التنفس أثناء النوم أو ما يعرف بالاختناق أثناء النوم، ولذلك فإن الأمر يتطلب التدخل الجراحى حتى تتحسن الحالة.

٤- علاج الأمراض المعدية التى يتعرضون لها :

غالباً ما يتعرض هؤلاء الأفراد لمشكلات تتعلق بالجهاز التنفسى وأخرى تتعلق بالجهاز الهضمى ولذلك فإن التطعيمات المختلفة تعد ضرورية فى هذا الصدد، والحفاظ عليها فى مواعيدها المحددة إلى جانب التدخل الجراحى إذا لزم الأمر.

٥- علاج مشكلات الإبصار :

تعد المياه البيضاء الوراثية congenital cataract مشكلة خطيرة يتعرض لها هؤلاء الأفراد، ويعانون منها حيث قد تؤدى إلى فقد الإبصار وذلك إذا لم يتم اكتشافها وعلاجها فى وقت مبكر. كذلك فإن بعضهم قد يتعرض للحول، والاستجماتيزم وهو الأمر الذى يتطلب ضرورة أن يتم الفحص الطبى الدورى لهم بداية من الشهر السادس وحتى نهاية العام الأول من عمرهم، ثم يتم هذا الفحص بعد ذلك بشكل منتظم بواقع مرة واحدة على الأقل ما بين كل عام إلى عامين.

٦- الفحص المفصلى :

نظراً لضعف عضلات الجسم عامة بالنسبة لهؤلاء الأفراد فإنهم غالباً ما يتعرضون لملخ فى مفاصلهم وذلك فى أماكن متفرقة من أجسامهم وهو ما يعرف بعدم ثبات المفاصل فى أماكنها. ومن ثم يجب أن يكون هناك فحص دورى لهم كى لا يتعرضوا لمشاكل فى العمود الفقري، أو الرقبة، أو الحبل الشوكي، وخلافه.

٧- الفحص الغددى :

تنصح الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال(٢٠٠١) American Academy of Pediatrics بضرورة أن يكون هناك فحص لغدد الطفل المختلفة خاصة الغدة الدرقية thyroid gland حيث يتعرض بعض هؤلاء الأطفال لحدوث اضطراب بها وذلك منذ طفولتهم ولو أن ذلك يندر حدوثه فى مرحلة المهد، ولكنه يبدأ فى الظهور خلال مرحلة الطفولة المتأخرة. ومن المعروف أن المعدل العادى من هرمون الثيروكسين

thyroxin الذى تفرزه الغدة الدرقية يعد ضرورياً حتى يتم التطور الطبيعى فى الأداء الوظيفى المعرفى من جانب الطفل. ونظراً لحدوث اضطراب فى الغدة الدرقية وفى معدل إفرازها للثيروكسين فإن الأداء الوظيفى المعرفى من جانب هؤلاء الأطفال يبدو مختلاً، إلا أن مثل هذا الاضطراب فى الغدة الدرقية قد لا يبدو بشكل واضح عند البعض منهم وهو ما يتطلب إجراء فحص لها حتى يتم التأكد من ذلك منذ وقت مبكر فى حياة الطفل، كما يجب أيضاً أن يستمر ذلك بصفة دورية بواقع مرة واحدة كل عام حتى نكون على علم بأى تطور يحدث مما يساعدنا على علاجه فى بدايته.

٨- الفحص العصبى :

تتكرر التشنجات بشكل كبير لدى هؤلاء الأطفال، ولكنها مع ذلك تكون أقل مما يحدث مع الأطفال المتخلفين عقلياً أى فى حالة التخلف العقلى ذاته أو أى حالة أخرى تؤدى إلى الإعاقة العقلية. وترتبط التشنجات بعمر الطفل الذى ينتمى إلى هذه الفئة حيث تزداد بدرجة كبيرة فى مرحلة المهد، ثم تقل بعد ذلك إلى أن ترتفع بعض الشيء فى مرحلة المراهقة، ثم تقل مرة أخرى إلى أن تزيد من جديد فى العقدين الرابع والخامس من عمره. ومن أكثر تلك التشنجات شيوعاً ما يعرف بالتشنجات الطفلية infantile spasms وهو النوع الذى يمكن السيطرة عليه إلى حد كبير باستخدام الأدوية الخاصة به. وتنتج مثل هذه التشنجات عن النمو غير الطبيعى للمخ، ويمكن أن ترجع كذلك إلى الشذوذ فى الموصلات العصبية neurotransmitters وربما العدوى، أو أمراض القلب وهو الأمر الذى يتطلب الرعاية الطبية المناسبة.

(٢) علاج اضطرابات النطق والكلام :

يرى هاسولد وباترسون (١٩٩٨) Hassold&Patterson أن الأطفال من ذوى هذه المتلازمة يعانون من تأخر فى معدل نموهم اللغوي، وضعف محصولهم اللغوى أو مفرداتهم اللغوية، وتراكيبهم اللغوية المحدودة، وبساطة وقصر الجمل التى قد ينطق بها البعض منهم إلى جانب حدوث العديد من أنماط اضطرابات النطق والكلام من جانبه.

كما أنهم من جانب آخر يتمكنون من فهم اللغة المنطوقة بشكل أفضل من قدرتهم على التعبير عن أنفسهم بطريقة لفظية وهو ما يعنى وجود قصور واضح لديهم فى مهارات اللغة التعبيرية قياساً بمهارات اللغة الاستقبالية من جانبهم، وهو الأمر الذى يتطلب التدخل المبكر أى منذ وقت مبكر من حياتهم فى سبيل علاج مثل هذه الأمور.

ومما لا شك فيه أن مثل هذا القصور اللغوى يرجع فى جانب كبير منه إلى القصور الحركى الذى يعانيه الطفل، وهو ما أشرنا إليه من قبل، وسوف نعرض لجانب آخر منه خلال حديثنا الحالى عن برامج التدخلات العلاجية حيث قد ترجع إلى أخطاء فى حركة الفك والشفاه واللسان، أو عدم تسلسل تلك الحركات بشكل مناسب مما يؤدى إلى حدوث الإبدال، أو التشويه، أو الحذف، أو الإضافة، وإلى جانب ذلك فهى قد ترجع إلى أسباب أخرى كخلل فى شكل اللسان، ووجود تشوهات فى الأسنان، ووجود عيوب فى سقف الحلق والشفتين، وعدم تناسق الفكين وانطباقهما، ووجود خلل أو مشكلات فى السمع، وبعض الاضطرابات العصبية وهى ما تعد جميعاً بمثابة مشكلات أساسية يعانى منها هؤلاء الأطفال . كما أنها قد ترجع من جانب آخر إلى الحرمان البيئي، والنماذج الخاطئة للنطق، والسلوك الطفولي، والمشكلات الانفعالية، وبطء النمو. ونحن نرى أن الحالتين كلتيهما موجودتان بالنسبة لهؤلاء الأطفال، وإن كان القصور الحركى له الباع الأطول فى حالتهم تلك.

وغنى عن البيان أن اضطرابات النطق والكلام وفق ما أورده دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA تعد بمثابة عدم قدرة من جانب الطفل على استخدام أنماط الكلام المتوقعة من المنظور النمائى والتى تتناسب مع عمره الزمني، ومستوى ذكائه، ولهجته. ويتضح ذلك فى إصداره لأصوات غير مناسبة، أو تلفظه غير الملائم. وعادة ما تضم اضطرابات النطق والكلام أخطاء فى إصدار الصوت، أو إبدال صوت مكان آخر، أو حذف أصوات مثل

الحروف الساكنة التى تقع فى آخر الكلمة، أو تشويه وتحريف لنطق الكلمة، أو ما إلى ذلك مما يعطى الانطباع بأن هذا الكلام طفلياً.

ومن المعروف أن مثل هذه الاضطرابات تؤدى إلى حدوث اضطرابات فى التواصل، وأن مثل هذه الاضطرابات تزداد بين أولئك الأطفال بشكل كبير وذلك قياساً بما هو موجود بالفعل لدى أقرانهم العاديين حيث تزداد اضطرابات اللغة والنطق أو اضطرابات التواصل عامة كلما قل معدل ذكاء الفرد. كذلك فإن معدل انتشار هذه الاضطرابات بين هؤلاء الأطفال يدور فى حدود معدل انتشارها بين أقرانهم فى فئة التخلف العقلي، وقد يزداد عنه بعض الشيء نظراً لحالة القصور الحركى التى يتسم بها هؤلاء الأفراد قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً، ولكنها فى حالة التخلف العقلى قد ترجع فى الأساس إلى أسباب أخرى غير عضوية، ولكنها تعد مرتفعة نظراً لانخفاض معدل ذكاء أولئك الأطفال، ومع ذلك فهى قد تقل بعض الشيء عن معدل حدوثها فى متلازمة داون. وعلى الرغم من ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام التى تشيع بينهم هى نفسها التى تشيع بين العاديين، ويظل الفرق الأساسى بين الحالتين فى هذا الخصوص متمثلاً فى اختلاف معدلات الانتشار، واختلاف نسب حدوث كل من هذه الاضطرابات. وهذا يعنى بطبيعة الحال أنه لا توجد اضطرابات معينة للنطق والكلام يمكن أن تميز أى فئة من الأفراد عن غيرها من الفئات الأخرى بمعنى أنه ليس هناك نمطاً فريداً لمشكلات الكلام يمكن أن يميز فئة معينة من الأفراد عما سواها.

ومن الجدير بالذكر أن ذلك القصور يؤثر بشكل كبير فى قدرتهم على التواصل بجانبيه اللفظي أي الذى يعتمد على اللغة، وغير اللفظى الذى يعتمد على ما يبديه الفرد من إشارات، وإيماءات، وتعبيرات الوجه، كما يضم التواصل إلى جانب ذلك أساليب بديلة تكون غير لفظية فى غالبيتها كلغة الإشارة، واستخدام الكمبيوتر. وإذا كان التواصل يضم هذين الجانبين الذين أشرنا إليهما سلفاً فإنه يعتمد فى جانب كبير منه على المهارات الاجتماعية بشقيها المماثلين إذ أن إجادة الطفل لمثل هذه المهارات من شأنه أن يساعده بدرجة كبيرة فى تحقيق التواصل مع الآخرين، وهو وإن كان يميل

إلى التعلق بالآخرين، ويعتبر اجتماعياً، ويكون فى الغالب ودوداً ومبتهجاً فإنه مع ذلك تعوزه مثل هذه المهارات، ويعانى من قصور فيها. وفى ضوء ما سبق يجب أن يقوم البرنامج المستخدم فى سبيل ذلك على أسس فردية بعد تقييم أنماط التواصل من جانب الطفل، وحاجاته فى هذا الإطار، كما يجب أن يتضمن البرنامج الأسرة كعنصر أساسى فيه أو فى الفريق المعالج. وهناك مهارات أساسية معينة ينبغى أن يتم تعليمها للطفل فى هذا الصدد منها ما يلى :

١- المهارات الخاصة بالتحية.

٢- المهارات الخاصة بالرد على التحية.

٣- المهارات المتعلقة بإبداء المطالب كأن يحدد ما يريده من شخص معين مثلاً.

٤- مهارة الاستجابة للمطالب أو الطلبات.

٥- المهارات الخاصة بالدخول فى المحادثات والاستمرار فيها.

٦- مهارات الاستماع والإنصات للأصوات أو الحديث.

٧- مهارة لعب الأدوار.

ويمكن استخدام برنامج كمبيوتر فى سبيل تدريب هؤلاء الأطفال على مثل هذه المهارات وهو ما يمكن أن يساعدهم على تحويل المثيرات السمعية إلى رسائل لفظية، وتحويل المثيرات الشفوية إلى قدرات حركية، ويمكن فى سبيل ذلك استخدام الإشارات بدلاً من اللغة، كما يجب الاهتمام بمخارج الأصوات حتى يتمكنوا من النطق الصحيح للكلمات، ويتم بعد ذلك الاهتمام بالمقاطع، ثم الكلمات، فالعبارات، وأخيراً التراكيب اللغوية. إلا أننا يجب أن نضع فى اعتبارنا أنه إذا كان بإمكاننا أن نقوم بتعليم الطفل العديد من المهارات المختلفة من خلال الكمبيوتر، وتدريبه عليها عن طريق ذات الأسلوب فإنه لا يمكننا أن نقوم بتدريبه على المهارات الاجتماعية عن طريق الكمبيوتر

لأن الأمر يتطلب مواقف اجتماعية حقيقية أو مصطنعة يوجد الطفل خلالها مع الآخرين ووسطهم، ثم يشرع فى التفاعل معهم وهو الأمر الذى لا يمكن أن نقوم بتوفيره أو تحقيقه من خلال الكمبيوتر. وإلى جانب ذلك يمكن استخدام برامج التدخل السلوكى وهى البرامج التى أثبتت فاعلية كبيرة فى هذا الصدد.

(٣) العلاج الجسمى والتمرينات :

تشير باتريشيا ويندرز (١٩٩٩) .Winders,P إلى أن الهدف من هذا البرنامج لا يتمثل مطلقاً فى الإسراع بمعدل نمو المهارات الحركية الكبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال نظراً لأن الطفل من ذوى متلازمة داون سوف يبدأ فى المشى بعد الشهر الرابع والعشرين من عمره أى فى العام الثالث من عمره فى المتوسط سواء قمنا باستخدام هذا التدخل العلاجى أو لم نقم بذلك. وهذا لا يعنى مطلقاً أنه ليست هناك أى أهمية لمثل هذا التدخل العلاجي، بل العكس هو الصحيح حيث هناك أهمية كبيرة له لدرجة أن أى برنامج للتدخل المبكر يجب أن يتضمن جانباً منه ما لم نقم باستخدامه كبرنامج مستقل. ومن الأفضل أن يتم استخدامه كبرنامج مستقل حيث تكون له أهميته الكبيرة خلال تلك الفترة وذلك فى تنمية المهارات الحركية الكبيرة للطفل. ويرجع ذلك إلى الأسباب الأربعة التالية :

١- نقص توتر عضلات الطفل فى حالة الراحة : hypotonia

من المعروف أن المخ هو الذى يقوم بالسيطرة على درجة توتر العضلات والتحكم فيها، ونظراً لوجود تأخر فى نمو المخ كما أوضحنا من قبل فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على درجة توتر العضلات فى حالة الراحة مما يجعل تلك الدرجة منخفضة، وهو ما يبدو جلياً بالنسبة للطفل من هذه الفئة خلال مرحلة المهد إذ أننا عندما نقوم بحمله نجده رخواً مترهلاً، وإذا ما قمنا بوضعه على الأرض فإنه سيظل كما وضعناه، وسوف تتحرك رأسه إلى جانب معين وتظل كذلك، كما تسقط يداه بجانب جسمه وتستقر على هذا الوضع، وسوف يمنعه ارتخاء عضلات معدته من الوقوف معتدلاً. ويعد هذا

الأمر فى حد ذاته كفيلاً بحدوث التدخل المبكر حتى نتمكن من مساعدته على تجاوز مثل هذا الوضع، والتحكم فى عضلاته ولو جزئياً مما يساعد فى تعلم بعض المهارات الحركية من جانبه.

٢- ارتخاء الأربطة : ligamentous laxity

يعانى الطفل من ارتخاء أربطة مفاصله، ويرجع ذلك بطبيعة الحال إلى ضعفها، وعدم إحكام شدها وذلك بشكل يزيد عن العادى وهو ما يجعل رجليه تظل مفتوحتين عندما ينام، وإلى جانب ذلك نلاحظ عدم وجود تقوس فى باطن قدميه. ويعمل هذا الارتخاء على جعل مفاصله أقل ثباتاً، كما أنها تتعرض فى بعض الأحيان للملخ وهو الأمر الذى يتطلب المزيد من الحذر عند التعامل معه بشكل عام، وعند استخدام مثل هذا التدخل العلاجى على وجه التحديد، ولذلك ينبغى علينا إذا ما تعرض الطفل لمثل هذا الملخ فى أى جزء من جسمه أن نتوقف على الفور ودون تردد عن ممارسة أى تمرينات رياضية مهما كانت حتى يعود الأمر إلى ما كان عليه من قبل، وهذا يعنى أن نأخذ حذرنا عند استخدام هذا التدخل، وأن نتوقف عنه فوراً عند حدوث أى ملخ للطفل حتى لا تتفاقم حالته وتزداد سوءاً.

٣- ضعف قوة العضلات : decreased muscle strength

من الجدير بالذكر أن هذا الطفل يتسم بضعف عضلات جسمه بشكل عام وذلك فى أى جزء منه إلى جانب نقص توتر مثل هذه العضلات فى حالة الراحة كما أشرنا سلفاً. ويعمل ضعف عضلات جسم الطفل على تأخير نموه الحركي، وبطء معدله بدرجة كبيرة، كما يؤثر سلباً على اكتسابه للمهارات الحركية المختلفة الكبيرة gross أولاً، ثم الدقيقة fine . ويمكن علاج ذلك الأمر جزئياً عن طريق التمرينات حيث يتمكن الطفل بموجبها بعد ذلك من الجلوس، والحبو، والوقوف، والمشي، وهكذا.

٤- قصر الذراعين والرجلين : short arms and legs

يتسم ذراعا الطفل ورجلاه بالقصر قياساً بطول جذعه الذى يعد هو الآخر قصيراً. ويؤدى قصر الذراعين إلى صعوبات عديدة فى تعلمه الجلوس حيث لا يستطيع أن

يسند بهما على الأرض أو على أى شيء آخر ما لم ينحني للأمام وهو الأمر الذى يعرضه كثيراً للوقوع على الأرض. كما أنه عندما ينقلب على أحد جانبيه يتقلب أكثر من مرة من جانب إلى آخر قبل أن يتمكن من أن يسند بيديه كي يتوقف عن هذا التقلب. كذلك فإن قصر رجليه يجعل من الصعب عليه أن يصعد إلى الكرسي، أو الأريكة (الكنبة)، أو ما فى مستواهما حتى يتمكن من الجلوس عليه. وبذلك فإن قصر ذراعيه ورجليه يعوقه عن تعلم العديد من المهارات التى تعد ضرورية له فى ذلك السن، وبالتالى فإنه يعوق ما قد يترتب على ذلك من مهارات أخرى.

ومن هذا المنطلق فإن تدريب الطفل على مثل هذه الأمور خلال التدخل المبكر الذى نستخدم فيه ذلك البرنامج سوف يؤدى أولاً إلى إكسابه المهارات اللازمة فى هذا الصدد، ويمنعه من جانب آخر من أن يقوم بتطوير أساليب بديلة لما يجب أن يقوم به من أنشطة أساسية، أو مهام حركية كبيرة كالحبو، والوقوف، والمشى على سبيل المثال. كما أن الاستمرار فى هذا البرنامج يمكن أن يعطيه الفرصة لتنمية مهاراته الحركية الدقيقة فيما بعد. إلا أننا نلاحظ أنه مع نمو هؤلاء الأطفال يبدو ضعف عضلاتهم بشكل أكثر وضوحاً وهو الأمر الذى يمكن أن يعرضهم للعديد من المشكلات التى تتعلق بها. وعندما يحدث ذلك لا بد أن يتم التوقف النهائى عن ممارسة أى نوع من هذه التمرينات الرياضية.

وبذلك يتضح أنه يمكن تقديم التدريب المناسب لهؤلاء الأطفال كى يتمكنوا من القيام بالأنشطة الحركية المختلفة بأنفسهم، وأن يصلوا إلى حد معقول من الاستقلال فى سلوكهم، ويتمكنوا على أثر ذلك من المشي، والجري، والقفز، واللعب. كما أنه قد يسهم أيضاً فى تعليمهم مهارات الحياة اليومية وهو ما يعد ضرورياً للطفل كى يستقل فى سلوكه إلى حد معقول وهو الأمر الذى يستغرق وقتاً طويلاً، ولذلك يجب أن يتحدد لهذا البرنامج وقتاً طويلاً أيضاً.

(٤) تقديم الإرشاد الغذائى لأسر هؤلاء الأطفال :

يمكن أن يتضمن هذا الأسلوب عنصرين أساسيين يعد كلاهما على درجة كبيرة من الأهمية فى هذا الصدد نظراً لحالة هؤلاء الأطفال وظروفهم، هما :

- الإرشاد الغذائى .
- التدخل الغذائي.

ويمكن تقديم العنصر الأول منهما والذى يتمثل فى الإرشاد الغذائى إلى أسر هؤلاء الأطفال حتى يقوموا بمراعاة ما يقدمونه لأطفالهم هؤلاء من غذاء، ويراعوا ضرورة تضمن ذلك الغذاء للعناصر الغذائية المطلوبة بحيث يصبح غذاء متكاملاً، كما يجب عليهم أيضاً أن يراعوا السير وفق برنامج غذائى معين يحدده لهم طبيب الأطفال مع أخصائى التغذية وذلك حتى يتجنبوا حدوث زيادة فى وزن أطفالهم إذ أن مثل هذه الزيادة تؤثر سلباً على أطفالهم من أكثر من ناحية، كما يمكن أن تؤدى كذلك إلى إعاقة نموهم الحركى على وجه التحديد وهو ما ينعكس سلباً على مستوى نموهم اللغوي، وفى قدرتهم على التواصل. وعلى هذا الأساس يمكن أن نقرر أن هذا الإرشاد الغذائى يهدف فى الأساس إلى ما يلى :

١ - إحاطة الوالدين علماً بأهمية الغذاء المتوازن بالنسبة لهؤلاء الأطفال على وجه التحديد.

٢ - ضرورة تحديد نظام غذائى معين لأطفالهم حتى يجنبوهم زيادة الوزن.

٣ - إحاطة الوالدين علماً بتلك الأخطار التى يمكن أن تترتب على زيادة وزن أطفالهم.

٤ - إحاطتهم علماً بالأسباب التى تدعو إلى تجنب زيادة وزن أطفالهم، ومنها ما يلى :

أ - ضعف عضلات جسمهم بأكمله.

ب- تعرضهم لأمراض واضطرابات فى القلب .

جـ- تعرضهم لصعوبات جمة فى التنفس .

د - تأخر معدلات نموهم فى جوانبه المختلفة .

ه- إحاطتهم علماً بمكونات الغذاء المتوازن .

أما العنصر الثانى والذى يتمثل فى التدخل الغذائى فلا يخرج فى أهدافه عن تلك الأهداف التى يتضمنها برنامج الإرشاد باستثناء أنه يعمل فى سبيل الإبقاء على وزن أولئك الأطفال فى حدوده المقبولة على تقديم العناصر اللازمة لذلك فى وجباتهم الغذائية المختلفة، وبالتالى يتم من خلاله مراعاة أن يحتوى طعامهم على عناصر غذائية معينة تعتبر أجسامهم فى حاجة ماسة لها، ومن بينها الفيتامينات، والمعادن، والأحماض الأمينية، والأنزيمات، والهرمونات وذلك بشكل متناسق ومركب مع بعضها البعض. ولذلك فإن هذا التدخل العلاجى يجب أن يتم تحت إشراف طبى وفى وجود متخصصين فى التغذية إذ أنه بهذا الشكل يصبح من شأنه أن يسهم فى إكساب أجسامهم بعض المناعة التى قد تقلل إلى حد ما من قابليتهم للإصابة ببعض الأمراض المختلفة .

(٥) برامج العلاج الوظيفى : occupational therapy

يعد العلاج الوظيفى ببرامجه المختلفة كما ترى ماريان برونى (٢٠٠١) Bruni, M. أمراً غاية فى الأهمية بالنسبة للأفراد من ذوى متلازمة داون بداية من مرحلة المهد وحتى مرحلة المراهقة والرشد إذ يعمل فى الأساس على تأهيلهم وإعدادهم للتكيف مع كل مرحلة نمائية بمهامها ومتطلباتها المختلفة مما يساعدهم على تحقيق قدر مناسب من التكيف مع البيئة المحيطة، وهو الأمر الذى يساعدهم بالتالى على تحقيق قدر معقول من التوافق الاجتماعي . ومن هذا المنطلق فإن المعالج التأهيلى أو الوظيفى يلعب دوراً هاماً فى حياة أولئك الأطفال، وعلى ذلك ينبغى عليه أن يلم بعدة متطلبات ذات أهمية بالغة فى هذا الصدد منها على سبيل المثال ما يلى :

١- أساليب تربية الطفل.

٢- مجالات نمو الطفل، ومعدلات نموه فيها.

٣- الأعصاب.

٤- الظروف الصحية للطفل.

٥- النمو النفسي.

٦- الأساليب العلاجية.

ويتمثل الهدف الأساسى الذى يسعى هذا المعالج إلى تحقيقه من خلال تلك البرامج التى يقوم باستخدامها فى هذا الصدد وتقديمها لهؤلاء الأفراد فى تنمية قدراتهم على إجادة الأداء الوظيفى لمهارات السلوك الاستقلالى والتى يمكن أن تتضمن ما يلى :

١- مهارات العناية بالذات كالتغذية، وارتداء الملابس، وتربية الحيوانات الأليفة، والمساعدة فى الأعمال المترلية، والذهاب إلى الحمام، وما إلى ذلك.

٢- المهارات الحركية العامة أو الكبيرة gross والدقيقة fine .

٣- المهارات المرتبطة بالأداء المدرسى كالقراءة، والكتابة، والحساب على سبيل المثال.

٤- مهارات اللعب ووقت الفراغ.

ويجب أن ينصب اهتمام المعالج خلال مرحلة المهد على الحفاظ فى الأساس على صحة الطفل ومعدلات نموه، وتطور المهارات الحركية الأساسية، وتفاعل الطفل اجتماعياً مع الآخرين المحيطين به، وإبداء الاهتمام بتلك الأشياء التى تدور حوله، والاهتمام بإخراج الطفل للأصوات بصورة صحيحة، والاستجابة الصحيحة للمثيرات المختلفة فى هذا الإطار. أما فى مرحلة الطفولة المبكرة فيجب أن ينصب اهتمامه على تحرك الطفل بشكل مستقل، وقيامه باستكشاف البيئة المحيطة، وتوفير الفرص المختلفة

للتعلم، وتدريبه على القيام بإطعام نفسه، وارتداء ملابسه أو خلعها، وتدريبه على تناول الألعاب وأدوات اللعب بشكل صحيح، وعلى القيام بفتح وإغلاق الأشياء المختلفة، وتناول الألعاب ذات الأحجام والأشكال المختلفة، والاهتمام بالألعاب التركيبية خاصة باستخدام المكعبات، والتفاعل مع الأطفال الآخرين، ومشاركتهم ما يقومون به من ألعاب، والعمل على تنمية مهارات اللغة والحديث لديه، ومساعدته على النطق الصحيح للكلمات، وعلاج اضطرابات النطق التى يمكن أن يبديها الطفل آنذاك، وتعلم وتكوين المفاهيم المختلفة، وإتاحة الفرص المناسبة لتنمية وتطوير مهاراته الحركية العامة أو الكبيرة، والمساعدة فى تطوير مهاراته الحركية الدقيقة، وبذلك لا يرتبط هذا العلاج بالوظيفة بل بالأداء الوظيفي.

وعندما يلتحق الطفل بالمدرسة ينبغي أن ينصب الاهتمام أساساً على مساعدته فى تحقيق التكيف مع ذلك الروتين والنظام الذى يتضمنه النسق المدرسي، والاهتمام بالحديث والتواصل وتدريبه على استخدام الأساليب المختلفة فى سبيل ذلك، وتدريبه على استخدام المهارات الحركية الدقيقة وتوظيفها فى سبيل الوصول إلى درجة مقبولة من الأداء المدرسي، ويتضمن ذلك القص واللصق واستخدام لوحة الكمبيوتر فى الكتابة مثلاً. كما يجب أن ينصب الاهتمام أيضاً على مساعدته فى تحقيق قدر أكبر من الاستقلال، والمشاركة فى الأنشطة اللاصفية أو اللامنهجية حيث يتم من خلالها إكسابه العديد من الخبرات الاجتماعية والجسمية والتعلمية. ومع النمو ينبغي أن يبدى المعالج التأهيلى اهتماماً كبيراً بتدريب الطفل ثم المراهق على الاختيار، والتواصل الجيد، والتفاعل الاجتماعي، وأن يسهم فى إشباع حاجاته الاجتماعية والسلوكية، وأن يسهم كذلك مع أعضاء الفريق المعالج فى تلبية حاجاته الصحية المختلفة، وإشباع حاجاته التعليمية، ثم بعد ذلك حاجاته المهنية وفقاً لقدراته وإمكاناته.

(٦) الإرشاد والتدريب المهنى : counseling and vocational training

عندما يصل الفرد إلى مرحلة المراهقة يكون قد تم التعرف بدرجة كبيرة ودقيقة على قدراته، وإمكاناته، وميوله، واهتماماته حيث ينبغى أن نقوم آنذاك بتقييم قدرات

هؤلاء الأفراد حتى نعمل على تقديم التوجيه المهنى اللازم لهم فى ضوء ذلك وهو الأمر الذى يساعدهم على اختيار تلك المهنة التى سوف يعملون بها فى المستقبل والتى تتفق مع ما يتميزون به من قدرات وإمكانات حتى وإن كانت بسيطة فى الغالب وذلك كى يتمكنوا من تحقيق النجاح فيها مستقبلاً مما يشعر معه الفرد منهم بفاعلية الذات، ويساعده على تحقيق هويته بالقدر الذى يتناسب مع ما يتسم به من قدرات وإمكانات، وبالتالى يصبح مفهومه لذاته إيجابياً مما يساعده على أن يقدّر ذاته إيجاباً. ويتم على هذا الأساس توجيهه إلى مهنة بسيطة معينة تتفق مع ذلك، ثم يتم كذلك إخضاعه لبرامج تدريبية وتأهيلية تساعده على تحقيق النجاح فيها مستقبلاً بالقدر الذى يتفق مع قدراته وإمكاناته تلك. وعلى هذا الأساس يجب أن يكون مثل هذا التوجيه المهنى الذى يقدم لهم متفقاً تماماً مع ما يتميز به هؤلاء الأفراد من قدرات، وأن يكون التأهيل المهنى الذى يتم تقديمه لهم بعد ذلك من خلال البرامج التأهيلية الملائمة مناسباً لقدراتهم واهتماماتهم، وأن يمكثوا فيه فترة تؤهلهم لإتقان تلك المهنة التى يتم تدريبهم عليها وبالتالى تحقيق النجاح فيها مع العلم بأن مثل هذا التدريب يتطلب الصبر والمثابرة حيث يستمر لفترة طويلة.

سابعاً : أساليب التدخل الأخرى :

هناك العديد من أساليب التدخل الأخرى التى يمكن اللجوء إليها فى هذا الإطار تأتى الأساليب التالية فى مقدمتها، وتعد من أهمها :

(١) الدمـــــج :

يعد دمج هؤلاء الأطفال فى الفصول العادية أو فصول العاديين بمثابة مسألة على درجة كبيرة من الأهمية حيث يتيح لهم الفرصة لتعلم اللغة التى يستخدمها الأطفال العاديون مع النطق الصحيح لها، وبالتالى يقدم لهم النماذج الصحيحة للنطق مما يسهم إلى حد ما فى علاج اضطرابات النطق من جانبهم، كما يتيح أمامهم العديد من الفرص التى تمكنهم من تحقيق التواصل الجيد، وبالتالى الاندماج معهم على أثر تعلمهم

المهارات اللازمة لذلك كمهارات التواصل، وحل المشكلات، ومهارات الحياة اليومية، ومهارات السلوك الاستقلالي. وما من شك أن مثل هذا الدمج يتيح الفرصة أمام هؤلاء الأطفال لتحقيق تقدم ملحوظ فى مستوى النمو اللغوى والنمو الاجتماعى إلى جانب تحقيق مستوى جيد من التعلم وهو الأمر الذى يساعد كثيراً فى الحد من تلك الآثار السلبية التى تترتب على إعاقتهم. كما يعمل فى ذات الوقت على تنمية تلك القدرات والإمكانات التى تميزهم وتطويرها ورعايتها مما يؤدى إلى تبلورها وهو ما يمكن أن يساعد كثيراً فى اختيار برامج التأهيل والتدريب المهنى المناسبة على أثر ذلك. وحتى يأتى هذا الدمج بثماره المرجوة فإنه يجب أن يقوم على أسس معينة منها وضع هؤلاء الأطفال فى فصول أو تجميعهم بناء على قدراتهم الخاصة، وتقارب أعمارهم الزمنية، والبعد عن التوزيع العشوائى لهم فى هذا الإطار، واستخدام استراتيجيات وطرق تدريس تتلاءم معهم، وإجراء بعض التغييرات الطفيفة فى المناهج الدراسية بما يناسبهم، وأن تتناسب تلك المناهج مع قدراتهم وإمكاناتهم، وأن تعمل فى الوقت ذاته على إشباع حاجاتهم الاجتماعية والأكاديمية. إلا أنه يجب إعداد الأطفال العاديين لتقبلهم، ومشاركتهم فى مختلف الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية، وإبداء الاهتمام بهم، وعدم تجنبهم وذلك من خلال تعديل اتجاهاتهم نحوهم بالإيجاب وهو الأمر الذى يساعد كثيراً فى نجاح هذا الدمج، وفى تحقيق تلك الأهداف التى نبغى تحقيقها من خلاله حيث أن هؤلاء الأقران العاديين هم الذين سيتعاملون معهم ويساعدوهم على تحقيق الاندماج.

(٢) الإرشاد النفسى :

يحتاج هذا الطفل خاصة فى سن المدرسة إلى إرشاد متمركز حوله وحول قدراته وإمكاناته حتى يتمكن من تعلم أسلوب أو أكثر للتواصل مع الآخرين، والحد من الآثار السلبية التى يمكن أن تترتب على إعاقته أو جوانب الضعف التى يعانى منها، والعمل على تدعيم قدراته وإمكاناته التى تميزه وتطويرها بالشكل الذى يساعده على التفاعل مع الآخرين من الأقران أو غيرهم، والاشتراك معهم فى الأنشطة المختلفة، والدخول

فى المواقف والتفاعلات الاجتماعية معهم مما يكون من شأنه أن يتيح الفرصة أمامه كى يتعلم منهم بعض المهارات، وأن يكتسب العديد من الخبرات التى يمكن أن تعود عليه بقدر مناسب من الفائدة. وليس الطفل فقط هو الذى يحتاج إلى مثل هذا الإرشاد بل إن والديه وأسرته يحتاجون أيضاً إليه حتى يتمكنوا من إكمال دور المدرسة، وتوفير الفرص المناسبة له التى تعمل على مساعدته فى الاستفادة مما تعلمه فيها، وإحاطته بالجو الأسرى المناسب، والقيام بدور فاعل فى سبيل تنشئته بشكل سوى يتمكن على أثره من تحقيق الاستفادة مما يتم تقديمه له من برامج تربوية أو تدريبية، أو علاجية مختلفة، كما يتمكنون من العمل على تنمية وتطوير قدراته وميوله سواء الاجتماعية أو الأكاديمية أو مهارات الحياة اليومية، ويساعدونه على أن يحيا بشكل مستقل، ويسهمون بالتالى فى التغلب على بعض نواحى الضعف العديدة لديه.

(٣) البرامج السلوكية :

يعتبر العلاج السلوكى تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم فى ميدان العلاج النفسى حيث يعتقد السلوكيون أن معظم السلوك يمكن تغييره أو التحكم فيه وضبطه. وهناك أربعة نماذج سلوكية أساسية يمكن استخدامها فى هذا الإطار تتمثل فى كل مما يلى :

١- نموذج الإشراط الكلاسيكي.

٢- نموذج الإشراط الإجرائي.

٣- نموذج التعلم الاجتماعي.

٤- نموذج التعلم المعرفي.

هذا ويتم استخدام عدد من الفنيات فى سبيل تعديل السلوك يزيد بعضها من معدل تكرار السلوك مثل التعزيز، والتشكيل، والنمذجة، والتسلسل، والاستبعاد التدريجي، والتمييز، والعقد المشروط، والاقتصاد الرمزى على سبيل المثال، بينما يقلل بعضها

الآخر من معدل تكرار السلوك مثل العقاب، والتصحيح الزائد، والإقصاء أو العزل، والإطفاء، والممارسة السلبية، والتوبيخ، وتكلفة الاستجابة على سبيل المثال. وتوجد العديد من برامج التدخل السلوكية التى يمكن استخدامها فى سبيل تعديل السلوك وذلك بتحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية :

١- تدريب الطفل على القيام بسلوك مقبول اجتماعياً.

٢- الحد من قيامه بسلوك غير مقبول اجتماعياً.

٣- تعليم الطفل مهارة معينة من المهارات المختلفة وتدريبه على استخدامها.

٤- تعليم الطفل الأداء السلوكى الاستقلالى وتدريبه على ذلك.

٥- تعليم الطفل التواصل مع الآخرين وإقامة التفاعلات الاجتماعية معهم.

٦- الحد من اضطرابات النطق والكلام من جانبه.

(٤) البرامج السلوكية أو التنموية التى تعتمد على المثيرات المصورة :

تقوم مثل هذه البرامج فى الأصل على استخدام الصور والمثيرات البصرية سواء كانت صوراً ثابتة أو متحركة وذلك فى إطار المدرسة السلوكية بقوانينها ومبادئها. ومن أمثلة هذه البرامج كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢) جداول النشاط المصورة التى تستخدم أساساً لتعليم الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة السلوك الاستقلالي، والاختيار، والتفاعل الاجتماعى وذلك بعد تدريب الطفل على المهارات الثلاث اللازمة لها وهى التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية، والتعرف على الأشياء المتشابهة وتمييزها، وإدراك التطابق بين الصورة والموضوع أو الشيء. ويتم بعد ذلك تدريب الطفل على المكونات الخمسة للأنشطة وهى الإمساك بالجدول وقلب الصفحات، والوصول إلى الصورة المستهدفة، وإحضار الأدوات اللازمة للنشاط، وأداء النشاط المطلوب، ثم إعادة الأدوات إلى مكانها الأصلي. كما يتم كذلك القيام بتحليل المهام وتجزئتها، وتقديم كتيب بالأنشطة المختارة بحيث تتضمن كل صفحة صورة

واحدة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل عليه. ويجب أن يتضمن كل جدول صورة واحدة أى نشاطاً واحداً على الأقل للتفاعل الاجتماعي، وأن تتضمن الصفحة الأخيرة صورة لتلك المكافأة التى سوف يحصل الطفل عليها عقب أدائه للأنشطة المتضمنة، وتكون هذه المكافأة على هيئة وجبة خفيفة يفضلها الطفل، أو لعبة مفضلة، أو نشاط لعب يفضله. وتعتمد تلك الجداول على الفنيات السلوكية إلى جانب التوجيه اليدوى المتدرج.

• • •

المراجـــع

١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣)؛ تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة. القاهرة، دار الرشاد.

٢- عادل عبدالله محمد(٢٠٠٢)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.

٣- عادل عبدالله محمد (١٩٩٢)؛ النمو العقلي للطفل. ط٢- القاهرة، الدار الشرقية.

4.American Academy of Pediatrics(2001);Health supervision for children with Down syndrome. Pediatrics, v107, n2, pp 442- 449.

5.American Psychiatric Association(1994);Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, DSM- IV. Washington, DC: author.

6.Bruni, Maryanne (2001);Occupational therapy and the child with Down syndrome. New York: Woodbine House.

7.Chapman,R.S.&Hesketh,L.J.(2000);Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, v6, pp 84- 95.

8.Hassold, Terry J. & Patterson, David (eds.) (1998); Down syndrome: A promising future, together. New York: John Wiley &Sons, Inc.

9.Hernandez,D.&Fisher,E.M.(1996);Down`s syndrome genetics:Unravel-

ing a multifactorial disorder . Human Molecular Genetics, v5, pp 1411-1416.

10.Holdeman,Shelley Rogina (1997); Down`s syndrome.www.np.edu.sg.

11.Kliewer,Chris(1994);Issues involved in facilitated communication and people with Down syndrome. Facilitated Communication Digest,v3, n1, pp 8- 14.

12.Levanon,A.; Hook,E.B.;& Lobarch,M.J.(1999);Sleep characteristics in children with Down syndrome. Journal of Pediatrics, v134, pp755-760.

13.Lobaugh,N.J.;Smith,D.S.;&Fisher,E.M.(2001);Piracetam therapy does not enhance cognitive functioning in children with Down syndrome. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, v 155, pp 442- 448.

14.Mattheis, Phil (2002) ; Down syndrome. Montana, MO: University of Montana Press.

15.Roizen,Nancy J. (2001); Down syndrome:Progress in research. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, v7, pp 38- 44.

16.Smith,D.S.(2001);Health care management of adults with Down syndrome. American Family Physician, v64, n6, pp 1031- 1038.

17.Winders, Patricia C.(1999); Gross motor skills in children with Down syndrome: A guide for parents and professionals. New York: Woodbine House.

• • •

الفصل الخامس

الإعاقات العقلية المزدوجة

مُقَدِّمَة

مـــن الأمور المثيرة للانتباه والاهتمام أن هناك العديد من الحالات التى نلاحظ فيها حدوث الإعاقات العقلية المزدوجة، ونحن حينما نقول الإعاقات العقلية المزدوجة هـــنا إنما نقصد بها ذلك التلازم المرضى بين إعاقة عقلية معينة وإعاقة عقلية أخرى، أى حـــدوثهما معاً لدى نفس الشخص فى نفس الوقت. وقد يرجع ذلك فى المقام الأول إلى أن هـــذا هو محور اهتمامنا خلال الفصل الحالي، ولذلك فإننا نقصر حديثنا عليه، لكن الواقع يشهد أنه كما توجد إعاقات عقلية منفردة أو واحدة، أى أن الفرد الواحد يعانى من إعاقة عقلية واحدة فقط فإن هناك ما يعرف أولاً بالإعاقات العقلية المزدوجة، وأن الإعاقة العقلية المزدوجة قد تنشأ نتيجة للتلازم المرضى بين إحدى الإعاقات العقلية المعروفة وبين إعاقة واحدة تتبع أحد الأنماط المرضية التالية :

١- اضطراب أو إعاقة نمائية.

٢- إعاقة عقلية.

٣- إعاقة حسية.

ونتيجة لمثل هذا التلازم تنشأ فئة واحدة أساسية تعرف بالإعاقة العقلية والإعاقات الإضـــافية أو الأخرى mental impairment and other or additional disabilities تتفـــرع مـــنها ثـــلاث فئات على الأقل تكاد تكون أساسية هى الأخرى إذ أنها تمثل الإعاقات العقلية المعروفة، وتتمثل تلك الفئات الثلاث فيما يلى :

١- التخلف العقلى والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

٢- متلازمة أعراض داون والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

٣- اضطراب التوحد والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

وعلى هذا الأساس فإننا نلاحظ وجود التخلف العقلي، أو متلازمة داون، أو اضطراب التوحد كإعاقات مستقلة فى حالة من التلازم المرضى إما مع اضطرابات أو إعاقات نمائية، أو مع أحد الإعاقات الحسية. ونظراً لأننا نتناول كل نمط من تلك الأنماط المزدوجة من الإعاقات فى إطار كتاب مستقل، فإن اهتمامنا فى الكتاب الحالى سوف ينصب على الإعاقة العقلية المزدوجة التى يكون طرفاها كلاهما من الإعاقات العقلية، وبذلك تصبح الإعاقة عقلية- عقلية.

التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة أعراض داون

تمهيـــد

على الرغم من أن التوحد autism أو الاضطراب التوحدي autistic disorder يعتبر اضطراباً نمائياً عاماً أو منتشراً pervasive developmental disorder فإنه يعد فى ذات الوقت شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية mental disability التى تلحق بالأطفال منذ الصغر وتظل ملازمة لهم فيما بعد. وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات التى أجريت فى هذا المجال عن أن التوحد ومتلازمة داون down syndrome يعدان من أكثر أنماط الإعاقات العقلية شيوعاً بين الأطفال، كما أن حوالى ١٠% من الأطفال الذين يعانون من متلازمة أعراض داون يعانون فى ذات الوقت من أعراض التوحد، وهذا بطبيعة الحال يعنى أنه يتم عمل تشخيص مزدوج dual diagnosis لمثل هؤلاء الأطفال حيث نجدهم يعانون من أعراض متلازمة داون من ناحية، ومن أعراض التوحد من ناحية أخرى.

ومما لا شك فيه أن تشخيص التوحد يعد أمراً معقداً مما يجعله أكثر صعوبة من تشخيص متلازمة أعراض داون كما ترى فاتير (١٩٩٨) Vatter وذلك للعديد من الأسباب كما يلى :

١- لا يوجد هناك حتى الآن فحص دم نتأكد من خلاله أن الطفل يعانى من التوحد كما يحدث بالنسبة لمتلازمة داون.

٢- ليس هناك مؤشر جيني محدد يدل على اضطراب التوحد على الرغم من توصل بعض الدراسات إلى وجود جين معين يعد هو المسئول عن هذا الاضطراب حيث توصلت بعض الدراسات إلى أن الكروموزوم رقم ٩ هو المسئول عن ذلك، إلا أن دراسات أخرى نفت هذا الأمر ووجدت أن رقم ٧ هو المسئول، وتوصلت دراسات أخرى إلى أن رقم ١٥ هو المسئول، وعلى ذلك فإن الأدلة على هذا الموضوع لا تزال غير قاطعة تماماً كما هو الحال بالنسبة لمتلازمة داون حيث يعد الأساس الجينى أكثر وضوحاً إذ يعتبر الشذوذ فى الكروموزوم رقم ٢١ من الأسباب الأساسية التى تؤدى إليه.

٣- لا توجد هناك ملامح وجهية مميزة لأولئك الأطفال التوحديين مثلما هو الحال بالنسبة لأقرانهم من ذوى متلازمة أعراض داون.

٤- ليست هناك خصائص معينة يمكن أن تنطبق على الأطفال التوحديين كما هو الحال بالنسبة لأقرانهم من ذوى زملة أو متلازمة داون.

وعلى هذا الأساس فإن تشخيص أولئك الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يعتبر أكثر موضوعية من تشخيص أقرانهم التوحديين إذ يعد تشخيص الأطفال التوحديين أكثر ذاتية، كما أنه يعتمد على الملاحظة الدقيقة من قبل أشخاص مؤهلين لسلوكيات معينة يأتى بها الطفل وهو الأمر الذى يجعل من تشخيص التوحد مسألة صعبة وحرجة فى الوقت ذاته. ولما كان التشخيص يعد هو نقطة الانطلاق الأساسية التى يتم فى ضوئها تحديد أساليب الرعاية المناسبة بما تضمه وتتضمنه من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل يمكن بمقتضاها أن نعمل على الحد من تلك الأعراض الدالة على التوحد، وتعديل بعض هذه السلوكيات التى نعتمد على ملاحظتها عند التشخيص فإن تحديد برامج علاجية معينة بغرض التدخل فى سبيل الحد من مثل هذه الأعراض تعد مسألة صعبة وحرجة من جراء ذلك وإن كان الأمر يختلف بالنسبة للأطفال من ذوى متلازمة داون حيث يعد تشخيصهم أكثر يسراً، وأكثر موضوعية

وعلى ذلك يتم تحديد برامج التدخل المناسبة بشكل ملائم وأكثر موضوعية. ومن هذا المنطلق فإن الاكتشاف المبكر للتوحد لدى أولئك الأطفال واللجوء إلى ما يعرف ببرامج التدخل المبكر يعد أمراً جوهرياً فى هذا الصدد حتى يمكن أن نساعدهم على الاندماج مع الآخرين لأن تأخر اكتشاف التوحد لديهم وتأخر التدخل من جانبنا يؤدى دون شك إلى أن تصبح حياهم محدودة بشكل كبير جداً قياساً بأقراهم من ذوى متلازمة داون الذين لا يعانون من ذلك الاضطراب حيث يجد أولئك الأطفال الذين يعانون من مثل هذا التلازم المرضى صعوبة كبيرة على أثر ذلك فى التواصل مع الآخرين وبالتالى فى الاندماج معهم. وهذا لا يعنى أن نهتم بالتوحد لدى هؤلاء الأطفال على حساب متلازمة داون أو أن نتغاضى عن التدخل المبكر للحد من أعراض ومشكلات متلازمة داون بالنسبة لهم.

أعراض التوحد بين ذوى متلازمة داون :

من الجدير بالذكر أن الجانب المعرفى يتأخر لدى الطفل التوحدى والطفل المتخلف عقلياً أو الطفل من ذوى متلازمة داون حيث نجد أن الطفل يظهر على أثر مثل هذا الاضطراب أو ذاك تأخراً دالاً فى الفهم والتفكير والاستدلال من جانبه وهذا ما كشفت عنه نتائج العديد من الدراسات فى هذا المجال حيث أكدت كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢- أ) على أن حوالى ٧٥% على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم فى حدود التخلف العقلى سواء البسيط أو المتوسط وإن كانت هناك نسبة منهم يقع مستوى ذكائهم فى حدود التخلف العقلى الشديد. ومن ناحية أخرى فإن هناك إلى جانب ذلك تأخراً واضحاً فى الجانب الاجتماعى والانفعالى على حد سواء يتسم به الطفل التوحدى دون الطفل المتخلف عقلياً من ذوى زملة أعراض داون حيث يشير عادل عبدالله (٢٠٠٢- ب) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً يعد أكثر تعلقاً بالآخرين قياساً بالطفل التوحدى إذ أوضحت نتائج العديد من الدراسات فى هذا المجال أن الطفل التوحدى يميل إلى الأصوات التى تصدر عن مختلف الأشياء قياساً بصوت الأم فى حين يميل الطفل المتخلف عقلياً من ذوى زملة داون إلى صوت الأم.

وفى هذا الإطار تشير كولمان وروجرز (١٩٩٢) Coleman&Rogers إلى أنه فيما يتعلق بالنمو الاجتماعى والانفعالى لذوى متلازمة داون فإن غالبية الأطفال يبدون قدراً ضئيلاً من التأخر فى هذين الجانبين، كما أنهم غالباً ما يبتسمون عندما نتحدث إليهم عندما يكونوا فى الشهر الثانى من العمر، ويبتسمون تلقائياً فى الشهر الثالث، ويميزون والديهم عن الآخرين فى الشهر الرابع، ومن ثم فإن معدل التأخر حتى ذلك السن يصل بذلك إلى شهر واحد فقط فى المتوسط. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات قد كشفت فى نتائجها عن أن حدة استجاباتهم الانفعالية كالابتسام والضحك تقل قياساً بأقرانهم العاديين فإن الوالدين مع ذلك يستجيبون بشكل دافئ لبداية الضحك والتلاحم أو التواصل البصري. كذلك فإن الأطفال من ذوى متلازمة داون يبدأون فى بعض الألعاب الجماعية التى يشاركهم فيها عضو واحد أو اكثر من أعضاء الأسرة وذلك فيما بين الشهر العاشر والشهر السادس عشر من العمر وهو ما يعنى تأخرهم بمعدل ثلاثة شهور فى المتوسط عن الأطفال العاديين. أما الدراسات التى تم إجراؤها على مثل هؤلاء الأطفال فى العام الثانى من أعمارهم فتوضح أن لديهم بعض المهارات التى يستخدمونها فى التواصل الاجتماعي، والتى يمكن أن يستخدمونها إلى جانب ذلك فى صرف انتباه الشخص الراشد عن مهمة معينة لا يرغب الطفل فى القيام بها. كما توضح تلك النتائج كذلك أن هؤلاء الأطفال يمتازون بالدفء، والميل إلى العناق، والاستجابة الطبيعية للتواصل الجسدى وذلك على خلاف أقرانهم الذين يعانون من أنماط أخرى من الإعاقات العقلية كالتوحد على سبيل المثال. ومما لاشك فيه أن مثل هذه الاستجابة الانفعالية الطبيعية تستمر من جانب هؤلاء الأطفال خلال مراهقتهم وتتطور إلى التعاطف مما يجعل الشخص من ذوى متلازمة داون يتسم بالحساسية والاجتماعية.

ومن هذا المنطلق ترى فاتير (١٩٩٨) Vatter أن جوانب النمو ذات الأهمية التى يجب أن نوليها جل اهتمامنا بالنسبة للطفل من ذوى متلازمة داون الذى يعانى إلى جانب ذلك من اضطراب معقد كالتوحد على سبيل المثال يجب أن تتمثل فى الجانب

الاجتماعى والجانب الانفعالى وهما الجانبان اللذان يرى البعض أنه من المتوقع بالنسبة لهما أن يتأثرا بذلك التأخر أو القصور فى النمو المعرفى وهو الأمر الذى لا يرونه دليلاً كافياً على وجود اضطراب مستقل مع أن تشخيص التوحد يعتمد على ذلك الأمر فى جـــانب كبير منه، وبذلك يصبح الأمر كلـــه مسألة درجة. وتضيف كنت وآخرون (١٩٩٩) Kent et.al. أننا عندما نلاحظ أن بعض الأطفال من ذوى متلازمة داون يختلفون عن أقرانهم من نفس المتلازمة فى بعض سلوكياتهم أو فى الجانب الاجتماعى أو الانفعالى أو اللغوى فإننا يجب أن نولى هذا الأمر أهمية كبيرة ونبدأ على الفور فى تقييم ثلاثة جوانب لها أهميتها الكبيرة فى هذا الصدد هى :

١- اللغة الاجتماعية أى التى يتم استخدامها فى الجانب الاجتماعي.

٢- مهارات التواصل المختلفة.

٣- السلوكيات.

وهذا يعنى من وجهة نظرنا أن التوحد يتسم كما نعلم بقصور واضح فى الجانب المعرفى وهو الأمر الذى تتناوله نظرية العقل أو المعرفة theory of mind ولذلك يرى البعض أننا يجب أن نهتم بتحسين العمليات المعرفية لدى الأطفال التوحديين حتى عند محاولة تنمية مستواهم اللغوى وخلافه، وأن هذا القصور يصاحبه عادة قصور واضح فى الجانبين الاجتماعى والانفعالي، كما أن القصور فى هذين الجانبين يتأثر دون شك بذلك القصور فى الجانب المعرفى وهو ما يعد بمثابة أمر منطقي، وهذا الأمر يميز التوحد عما سواه ويجعل تشخيصه يتطلب الملاحظة الدقيقة لما يصدر عن الطفل من سلوكيات. أما الطفل من ذوى متلازمة داون الذى يعانى من قصور فى الجانبين الاجتماعى والانفعالى على الرغم من كونهما غير ذلك لدى عامة الأطفال من ذوى تلك المتلازمة فيعتبر فى حالة من التلازم المرضى بين التخلف العقلى والتوحد، وبالتالى لا يجب مطلقاً أن ننظر إليه على أنه يعانى من اضطراب مستقل.

ويذهب هاولين وآخرون (١٩٩٥) Howlin et.al. إلى أن هناك بعض السلوكيات الأساسية التى تشير فى جوهرها إلى احتمال وجود التوحد لدى الطفل الذى يعانى من متلازمة أعراض داون يمكن أن نعرض لها على النحو التالى :

١- التوحدة أو العزلة التوحدية الشديدة : وتعكس عدم ميل الطفل إلى الارتباط بالآخرين، وتفضيله أن يظل بمفرده بعيداً عنهم، ونظرته إلى الآخرين على أنهم أشياء وليسوا أشخاصاً إلى جانب عدم مشاركته للآخرين فى جماعة معينة للعب. وعلى العكس من الطفل من ذوى متلازمة داون الذى قد يجعل الآخرين يقبلون عليه ويعانقونه فإن الطفل التوحدى لا يرغب فى أن يقوم أى شخص آخر بملامسته.

٢- تتملكه رغبة قوية وجارفة وقهرية (إن جاز التعبير) فى الحفاظ على ترتيب الأشياء بالبيئة المحيطة كما هى سواء كانت البيئة المنزلية أو غيرها دون أن يعتريها أى تغيير حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً إذ أن أى تغيير فى الترتيب أو فى الروتين اليومى قد يؤدى به إلى ثورة كبيرة وغضب شديد.

٣- القصور فى التلاحم أو التواصل البصري eye contact فالطفل التوحدى لا يقوم بمثل هذا التواصل ولكنه إذا تحدث إلى الآخرين لا ينظر إلى وجوههم أو أعينهم أو فى اتجاههم بل ينظر بطبيعة الحال فى اتجاه آخر.

٤- السلوكيات النمطية والمتكررة : وتعكس سلوكيات الطفل تكراراً فى الأداء ونمطية فيه كأن يبقى لفترة طويلة من الوقت وفى يده شيء معين أياً كان هذا الشيء وغالباً ما يكون ذلك الشيء تافهاً، كما قد يحرك مثل هذا الشيء فى اتجاهات مختلفة كأن يحرك يده به يميناً ويساراً وللخلف والأمام على سبيل المثال، ويظل ينظر إليه وكأنه يقوم بملاحظته.

وفيما يلى نعرض لقائمة بالسلوكيات التوحدية أى التى تميز اضطراب التوحد والتى يبديها الطفل التوحدى علماً بأن الطفل من ذوى متلازمة داون قد يأتى ببعض هذه السلوكيات وهو الأمر الذى يجعل من تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة

داون أمراً صعباً ومعقداً، ويحتاج بالتالى إلى قدر كبير من التأنى قبل أن نصل إلى قرار يتعلق بذلك. ولا يجب الاعتماد كلية على هذه القائمة عند التشخيص بل يجب أن نراعى تلك المحكات التى يتضمنها دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA والتى تتعلق بتشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال وهو ما سوف نعرض له لاحقاً. أما بخصوص قائمة السلوكيات التوحدية هذه فإن الطفل كى يتم تشخيصه كذلك يجب أن تتوفر فيه نصف السمات أو الأعراض المتضمنة على الأقل. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذه الأعراض تتباين فى حدتها بين البسيطة إلى الحادة، كما أن درجة الحدة هذه تتباين من عرض إلى آخر، وأن مثل هذه السلوكيات عادة ما تحدث فى المواقف المختلفة، ولا تتناسب مع العمر الزمنى للطفل. وهذه السلوكيات هى :

١- يجد الطفل صعوبة فى الاختلاط بالأطفال الآخرين.

٢- يصر على أن تبقى الأشياء كما هى دون حدوث أدنى تغيير بها أو بوضعها، كما يقاوم أى تغيير يلحق بالروتين المعتاد.

٣- يضحك ويقهقه بشكل غير مناسب.

٤- لا يبدى أى خوف من الأخطار الحقيقية فقد يعبر الشارع أمام سيارة مسرعة، أو يترل فى البحر ويظل يمشى نحو الداخل، وهكذا.

٥- يبدى قدراً ضئيلاً من التواصل البصري، وقد لا يبدى أى تواصل بصرى على الإطلاق.

٦- يميل إلى اللعب الغريب، ويتخذ أوضاعاً غريبة لذلك، ويطيل البقاء على مثل هذا الوضع أو ذاك.

٧- لا يبدى أى حساسية للألم مهما كانت شدته.

٨- يقوم بترديد الكلام بشكل مرضي echololia وذلك بترديد نفس الكلمات أو العبارات التي ينطق بها شخص آخر بدلاً من الرد عليه بكلمات أو بعبارات مناسبة.

٩- يفضل أن يبقى وحيداً أو منعزلاً عن الآخرين.

١٠- لا يفضل غالبية هؤلاء الأطفال أن يقوم أى شخص آخر بعناقهم أو ملامستهم جسدياً.

١١- يقوم الطفل بتدوير تلك الأشياء التي يمسك بها وكأنها نحلة (لعبة).

١٢- لا يستجيب لأى إشارة لفظية ويتصرف بالتالى وكأنه أصم.

١٣- يبدى تعلقاً غير مناسب بالأشياء المختلفة، بل ويفضل التعلق بمثل هذه الأشياء عن التعلق بالآخرين.

١٤- يجد صعوبة فى التعبير عن حاجاته، ويستخدم الإشارات المختلفة أو يشير بيده بدلاً من التعبير عن ذلك بالكلمات فيشير إلى كوب مملوء بالماء مثلاً إذا كان يريد أن يشرب أو ما إلى ذلك، وهكذا.

١٥- قد يبدى نشاطاً جسمياً مفرطاً أو قدراً مغالى فيه من القصور فى مثل هذا النشاط يصل به إلى حد الخمول.

١٦- يبدى نوبات متعددة وقد تكون مفاجئة من الغضب أو الصراخ أو البكاء دون سبب واضح، فقد يتألم ويصرخ بشكل مفرط مثلاً دون أن يوجد أى سبب لذلك.

١٧- لا يبدى أى استجابة لأساليب التعلم العادية كتلك التي نستخدمها لتعليم الأطفال القراءة والكتابة مثلاً كأن نكتب لهم الحروف على السبورة أو فى كراسة وخلافه.

١٨- معدل نمو مهاراته الحركية العامة gross والدقيقة fine غير مستو حيث يوجد تفاوت كبير بين معدل النمو فى تلك المهارات إذ نجده فى الوقت الذى يرفض فيه أن يركل الكرة بقدمه يقوم بوضع مجموعة من المكعبات فوق بعضها البعض بطريقة لا بأس بها.

ويذهب بارى Pary (١٩٩٧) إلى أن القصور فى العلاقات الاجتماعية من جانب مثل هؤلاء الأطفال قد يتمثل فى عدد من المظاهر كما يلى :

١- قصور فى الوعى بمشاعر الآخرين وإدراكها.

٢- قصور حاد فى القدرة على التقليد أو المحاكاة.

٣- قصور فى القدرة على اللعب الاجتماعي.

٤- قصور حاد فى التواصل البصرى والتواصل غير اللفظى عامة.

٥- قصور فى القدرة على التخيل أو الخيال بشكل عام.

٦- قصور فى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الأقران.

٧- قصور فى القدرة على البحث عن المتعة والسعادة.

وفيما يتعلق بالنمطية التى يبديها هذا الطفل وتميزه عن غيره من الأطفال فإنها تتمثل هى الأخرى فى عدد من المظاهر على النحو التالى :

١- الحديث النمطى والمتكرر مع وجود بعض اضطرابات النطق لمن يستطيع التحدث إلى جانب الترديد المرضى للكلام.

٢- التمسك بروتين نمطى صارم والإضرار عليه.

٣- تتسم حركاته وسلوكه عامة بالنمطية.

٤- الانزعاج من أى تغيير يلحق بما يألفه من أشياء حتى وإن كان هذا التغيير طفيف.

أما بالنسبة للسلوكيات المميزة لهذا الطفل والاهتمامات التي يبديها فإنها تتمثل كذلك من جانب آخر في عدة مظاهر يمكن أن نعرض لها كما يلي :

١- لا يميل غالبية هؤلاء الأطفال إلى التلامس الجسدي بل إنهم يكرهون ذلك.

٢- يبدون سلوكيات عدوانية مختلفة تجاه الأقران.

٣- يظلون يرفرفون بأيديهم وكأنهم سيطيرون.

٤- الانشغال بأجزاء من الأشياء وغالباً ما تكون تافهة.

٥- الانشغال باهتمامات محدودة ومحددة.

ومن الملاحظ أن مثل هذه الخصائص جميعاً تعكسها نتائج دراسة هاولين وآخرين (١٩٩٥)Howlin et.al والتي تم إجراؤها على أربعة أطفال من ذوي متلازمة داون تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التوحد إلى جانب ذلك حيث كانت تنطبق عليهم تلك المحكات الخاصة باضطراب التوحد، وتم عزو المشكلات التي يواجهونها إلى ذلك التأخر المعرفي الذي كانوا يعانون منه على الرغم من أن سلوكهم وتطورهم العام كان يختلف بشكل دال عن أقرانهم من ذوي متلازمة داون ممن لا يعانون مثلهم من التوحد وذلك في العديد من المجالات والجوانب ذات الأهمية. أما بالنسبة للعمر الزمني لهؤلاء الأطفال فقد كان أحدهم في الثامنة من عمره، وكان آخر في التاسعة، بينما كان الاثنان الأخيران في الحادية عشرة. وقد انطبقت عليهم جميعاً تلك المحكات الخاصة بالتوحد من حيث قصور تفاعلاتهم الاجتماعية، وقصور في التواصل من جانبهم، وتمسكهم بالروتين النمطي. وقد اتضح قصورهم في التفاعلات الاجتماعية من قصور وعيهم بمشاعر الآخرين، وعدم قدرتهم على البحث عن مصادر السعادة بالنسبة لهم، وقصور التخيل واللعب الاجتماعي، وضعف علاقاتهم بالأقران إلى جانب القصور في التواصل البصري وغير اللفظي عامة. وقد أوضح ثلاثة منهم كلاماً نمطياً، أما بالنسبة للاهتمامات النمطية والروتين النمطي فقد كانوا موجودين لدى الأطفال الأربعة جميعاً وهو ما عكسته حركاتهم النمطية، وانشغالهم بأجزاء من الأشياء،

وشعورهم بالضيق والتوتر من جراء حدوث أى تغييرات ولو طفيفة فى الأشياء المحيطة أو الروتين اليومي، وإصرارهم على التمسك بالروتين المعتاد، وانشغالهم باهتمامات محدودة. وكان هناك طفلان منهم يكرهون التلامس الجسدى فى حين أبدى الأطفال جميعاً سلوكيات عدوانية تجاه أقرانهم فكانوا يقومون بدفعهم بعيداً عنهم. كما كانوا أيضاً يرفرفون بأيديهم وكأنهم سيطيرون، بينما كان يقوم ثلاثة منهم بأرجحة أجسامهم أو هزها للأمام والخلف. وقد تراوحت اهتماماتهم الخاصة بين وضع الأشياء المختلفة فى صناديق، وشرائط فيديو معينة، والأشياء التى تدور أو يمكن تدويرها، وإشعال الشموع وإطفائها أو إضاءة المصابيح الكهربية وإطفائها. كذلك فقد أبدوا جميعاً تعلقاً بأشياء لا قيمة لها كأوراق الأشجار أو العصى أو قطع الأثاث أو فرشاة الشعر أو قطعة صغيرة من خرطوم. كما كانوا جميعاً يقومون بأنماط سلوكية يومية معينة، وتحديد أماكن معينة كى يضعوا فيها الأشياء المختلفة التى كانت بحوزتهم بحيث لا يتم وضعها مطلقاً إلا فى تلك الأماكن على وجه التحديد دون سواها.

معدل انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون :

تشير مارى كولمان (١٩٨٦) Coleman,M. إلى أن معدلات حدوث متلازمة داون تتراوح بين ١ - ١,٢ لكل ألف حالة ولادة فى حين تتراوح معدلات حدوث التوحد بين ٠,٤ - ٠,٥ لكل ألف حالة ولادة، ويشير عادل عبدالله (٢٠٠٢- ب) إلى أن الإحصائيات الحديثة فى الولايات المتحدة الأمريكية والتى أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America تؤكد على نفس معدل انتشار التوحد وتحدده بأنه يتراوح بين ٤ - ٥ لكل عشرة آلاف حالة ولادة وهو الأمر الذى جعله بناء على أعداد من يعانون منه ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً متخطياً فى نسبة أعداد من يعانون منه زملة داون حيث هناك حوالى خمسمائة ألف شخص فى الولايات المتحدة وحدها يعانون منه، وعلى هذا الأساس تؤكد كولمان Coleman أن كلاً من متلازمة أعراض داون والتوحد يعدان من بين أكثر

أنماط الإعاقات العقلية شيوعاً بين الأطفال. both down`s syndrome and autism are among the more common forms of mental handicaps seen in children.

إلا أن التقرير الذي نشره الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR يؤكد أن عدد الذين يعانون من هذا الاضطراب بالولايات المتحدة قد تجاوز المليون شخص، وأن نسبة الإصابة به قد تجاوزت نسبتها السابقة بكثير حيث أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة وهو الأمر الذى جعله ثانى أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً، وليس ثالثها كما كان من قبل، ولا يسبقه فى ذلك سوى التخلف العقلى فقط. second only to mental retardation ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الإطار تؤكد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون ليست نسبة كبيرة حيث أن وجود مثل هذا التلازم المرضى لا يزيد فى أعلى حالاته عن ١٠٪ ، كما أن التراث السيكلوجى حول هذا الموضوع لا يزال فى حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات كى يتم التأكد من هذه النسبة. وجدير بالذكر أن هناك دراسات مختلفة تجريبية ووصفية تتناول هذا الأمر، فعلى صعيد الدراسات التجريبية تشير فاتير (١٩٩٨) Vatter إلى أن وينج وجولد Wing&Gould قد وجدا فى دراستهما التى أجرياها عام ١٩٧٩ أن أربعة أطفال من بين ثلاثين طفلاً من ذوى متلازمة داون هم الذين لديهم مثل هذا التلازم المرضى بين التوحد ومتلازمة داون، وبذلك تصل نسبته إلى ١٠٪. أما جازيودين وآخرون (١٩٩٢) Ghaziuddin et.al. فقد وجدوا طفلين فقط تنطبق عليهما المحكات الخاصة بالاضطراب التوحدى وذلك بين العينة الكلية التى أجروا دراستهم تلك عليها والتى بلغت أربعين طفلاً من ذوى متلازمة داون، وبذلك تصل نسبة التلازم المرضى إلى ٥٪. بينما وجد تورك (١٩٩٢) Turk أن نسبة انتشار التوحد بين أطفال داون تصل إلى ٩٪ ، ووفقاً لدراسة كنت وآخرين (١٩٩٩) Kent et.al. فإن هذه النسبة قد بلغت ٧٪ بحد أدنى حيث بلغت العينة الكلية للدراسة ٥٨ طفلاً ولم تنطبق محكات التوحد سوى على أربعة أطفال فقط، أما النسبة الحقيقية لمعدل

الانتشار فى تلك الدراسة فقد بلغت ١٢٪ حيث كان عدد الأطفال الذين أكملوا الاختبارات المستخدمة بعد إجراء المقابلات وبعد ملاحظة سلوكياتهم ٣٣ طفلاً فقط. كما أن أحد عشر طفلاً من باقى أفراد العينة الذين بلغ عددهم ٢٩ طفلاً قد أبدوا انشغالاً مرضياً بأشياء معينة إلى جانب سلوكيات نمطية ومتكررة. وبذلك فإن نسبة انتشار هذا التلازم المرضى وفقاً لتلك الدراسة تتراوح فى المتوسط بين ٧ - ١٢٪.

أما الدراسات الوصفية على الجانب الآخر فقد كشفت عن وجود معدل أقل لانتشار هذا التلازم المرضى بين الاضطرابين حيث وجد مايرز وبيوشيل (١٩٩١) Myers&Pueschel ما لا يزيد عن ١٪ من أفراد العينة التى أجريا دراستهما تلك عليها والتى بلغ عددها الإجمالى ٤٩٧ طفلاً هم الذين تتوفر لديهم المحكات الخاصة بكلا الاضطرابين معاً، ووجد كولاكوت وآخرون (١٩٩٢) Collacut et.al. نسبة تزيد عن ذلك حيث بلغت ٢,٢ ٪ من مجموع ٣٧١ طفلاً تم إجراء تلك الدراسة عليهم. وقد دارت دراسات وصفية كثيرة حول تلك النسبة التى تعكس مثل هذا التلازم المرضي، إلا أن هذا المعدل المنخفض لا يعكس فى الواقع حقيقة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال من ذوى متلازمة داون لأن مثل هذه الدراسات وغيرها قد تم إجراؤها فى الأساس بغرض التعرف على بعض الاضطرابات التى يمكن أن تصاحب متلازمة داون، ولم تبحث فى الأصل عن اضطراب التوحد فقط بل كان هدفها فى الواقع هو محاولة التعرف على مدى وجود اضطرابات مختلفة كالاكتئاب، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات السلوكية، والاضطرابات الانفعالية، والتوحد وغيرها بين الأطفال والمراهقين من ذوى متلازمة داون.

وفى تعليقها على هذا الأمر ترى فاتير (١٩٩٨) Vatter أنه إذا تم فحص الملف الصحى للطفل منذ طفولته المبكرة، وتم تشخيصه بناء على تلك الملاحظات التى تمت آنذاك مع وضع اختلاف مفهوم التوحد وأسبابه فى الاعتبار وذلك من كونه يرجع إلى الوالدين وبرودهما الانفعالية، إلى كونه يمثل شكلاً من أشكال فصام الطفولة، إلى كونه اضطراب سلوكي، إلى كون البعض ينظرون إلى سلوكيات الطفل على أنها

شبيهة بالتوحد autistic- like behaviors وذلك خلال الحقب المختلفة السابقة إلى أن تغيرت النظرة إليه وأصبح يعد بمثابة اضطراب نمائى عام أو منتشر فإن تلك الحالات التى تم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها ليست توحدية استناداً إلى المفهوم والأسس والأسباب التى كانت سائدة آنذاك سوف يعاد تصنيفها على أنها حالات توحد، ومن ثم فإن نسبة الاضطراب التوحدى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون لن تقل فى ضوء ذلك عن ١٦% بأى حال من الأحوال.

تشخيص التوحد بين ذوى متلازمة داون :

يتم تشخيص التوحد عن طريق تقييم سلوك الطفل وذلك فى ضوء ستة عشر عرضاً يقدمها دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عام ١٩٩٤ عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA وإذا أبدى الطفل ثمانية أعراض أو أكثر يتم تشخيصه كذلك. وتتجمع هذه الأعراض فى أربعة مجالات عامة على النحو التالى :

١-قصور حاد فى التفاعلات الاجتماعية.

٢-قصور حاد فى التواصل والخيال.

٣-اهتمامات وأنشطة محددة ومحدودة للغاية.

٤-ظهور الاضطراب وملاحظته فى البداية خلال مرحلة المهد والطفولة المبكرة.

ومما لا شك فيه أن هناك بعض الحالات كما يحدث فى حالة متلازمة داون يعمل التخلف العقلى خلالها على إخفاء التوحد ويعوق التوصل إليه وتشخيصه بشكل دقيق مما يؤدى إلى تأخر تشخيص التوحد بالنسبة للطفل إلى ما بعد السن المحددة فى الدليل التشخيصى لظهور التوحد وذلك قياساً بما يمكن أن يتم بالنسبة لأقرانه ممن لا يعانون من تلك المتلازمة، كما قد يؤدى أيضاً إلى عدم تشخيص الطفل كذلك وهو الأمر الذى يحول بينه وبين تقديم التدخلات المناسبة التى يمكن أن تعود بالفائدة عليه.

ويعتبر تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون أمراً صعباً ومعقداً للغاية قياساً بتشخيصه بين الأطفال الذين لا يعانون من هذه المتلازمة حيث أن بعض المحكات الخاصة بالتوحد والتى يعرض لها الدليل التشخيصى توجد بشكل طبيعى أو عادى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، وهى بذلك لا تعنى فى حد ذاتها أن مثل هذا الطفل يعانى من التوحد. وفيما يلى عرض لأهم هذه المحكات مع تعليق عقب كل منها يوضح ما إذا كان هذا المحك أو ذاك يوجد بشكل عادى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، أم أنه يشير إلى التوحد فقط. وعند تشخيص التوحد لدى الطفل من ذوى متلازمة داون يجب أن نراعى أمرين هامين هما :

- فحص كل محك على حدة وذلك فيما يتعلق بكونه يوجد بشكل عادى لديه هو وأقرانه من نفس المتلازمة أم لا.
- إذا كان المحك بطبيعته يوجد لدى الطفل وأقرانه فهل يزيد مدى حدته عن وضعه الطبيعى لدى الطفل من ذوى نفس المتلازمة الذى لا يعانى من التوحد أم لا.

أما عن هذه المحكات فيمكن أن نعرض لها كما يلى :

أولاً : يجب أن يتوفر لدى الطفل ستة محكات أو أكثر من البنود(١، ٢، ٣) بشرط أن يتوفر لديه

محكـــان علـــى الأقـــل من البند (١)، ومحك واحد على الأقل من كل من البندين(٢، ٣).

١- قصور كيفى فى التفاعل الاجتماعى من جانب الطفل كما يتضح من توفر اثنين على الأقل من المحكات التالية :

أ- قصور واضح فى استخدام السلوكيات المتعددة غير اللفظيـــة كالتواصـــل البصري، وتعبيرات الوجوه، والأوضاع الجسمية، والإشارات وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعى.

* لا توجد بشكل عادى لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

ب- عدم القدرة على إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائى للطفل.

* لا توجد بشكل عادى لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

جـ- قصور فى البحث التلقائى للطفل لمشاركة الآخرين فى الاستمتاع، والاهتمامات، والإنجازات (كالقصور مثلاً فى عرض الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها، أو الإشارة إليها).

* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، ولكنها تكون أكثر ظهوراً فى حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.

د- قصور فى التبادل الاجتماعى أو الانفعالي.

* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوى متلازمة داون،ولكنها تكون أكثر ظهوراً فى حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.

٢- قصور كيفى فى التواصل كما يتضح من توفر واحد على الأقل من المحكات التالية :

أ- تأخر أو قصور كلى فى اللغة المنطوقة(غير مصحوب بمحاولات من جانب الطفل للتعويض وذلك باللجوء إلى أساليب بديلة للتواصل كالإشارات أو التمثيل الصامت).

* لا توجد بشكل عادى لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

ب- يلاحظ بالنسبة للأطفال الذين يتمتعون بقدر معقول من المفردات اللغوية وجود قصور واضح فى قدرتهم على المبادأة بالحديث أو إجراء محادثات مع الآخرين.

* توجد بشكل عادى لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون وذلك على الرغم من عدم ظهورها بقدر يماثل وجودها لدى الأطفال التوحديين.

جـ- الاستخدام النمطى والمتكرر للغة المنطوقة أو للغة غريبة أو شاذة فى مفرداتها اللغوية وطريقة النطق.

* توجد إلى حد ما بين الأطفال من ذوى متلازمة داون ولكنها لا تصل إلى ذلك الحد الذى تظهر به لدى الأطفال التوحديين.

د- قصور فى اللعب المتنوع أو التلقائى أو التظاهرى make-believe أو الاجتماعى الذى يتناسب مع المستوى النمائى الذى يفترض أن يصل الطفل إليه آنذاك.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

٣- وجود أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة تتسم بالتقييد والنمطية والتكرار كما يتضح من توفر واحد على الأقل من المحكات التالية :

أ- الاهتمام أو الانشغال الكلى بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات التى تتسم بالنمطية والتقييد والذى يعتبر شاذاً فى مدى حدته أو محور اهتمامه وبؤرته.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

ب- التمسك الصارم بطقوس معينة وروتين غير عملى وغير مجد.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

جـ- وجود أسلوب حركى معين يتسم بالنمطية والتكرار (كالتصفيق باليد أو ضرب الأصابع فى بعضها أو التحرك

بشكل دائري twisty أو متلوى أو القيام بحركات معقدة بكامل الجسم على سبيل المثال).

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

د- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

ثانياً : قصور أو أداء شاذ فى واحد على الأقل من ثلاثة مجالات على أن تكون بدايته قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره. وهذه المجالات هى :

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- اللغة كما تستخدم فى التواصل الاجتماعي.

٣- اللعب الرمزى أو الخيالي.

* يبدى الأطفال من ذوى متلازمة داون بعضاً من أوجه القصور تلك اعتماداً على مدى حدة تخلفهم العقلي. ونظراً لأن ذلك لا يعد أمراً غير متوقع كلية فعادة ما يتم تجاهله فى التقارير والسجلات الخاصة بهؤلاء الأطفال، وبالتالى لا تتم ملاحظته. وعلى ذلك فعندما يتم تشخيص الطفل على أنه يعانى من اضطراب التوحد فى سن تالية تعتبر متأخرة على اكتشاف التوحد خلالها ينبغى آنذاك أن يتم الرجوع إلى السجلات الخاصة بالطفل، وهنا لن نجد أى إشارة إليه فى تلك السجلات نظراً لأن أحداً لم يفكر فى ذلك، كما أنه لم يخطر ببال أحد من المحيطين بالطفل أن يفكر فى احتمال وجود مثل هذا الاضطراب. وهنا قد يتم استبعاد التشخيص المحتمل للتوحد لأن ظهوره لم يكن خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل والذى يعد بمثابة أحد الشروط الضرورية لذلك. ومن هذا المنطلق فإننا قد نجد بعض الأطفال من ذوى متلازمة أعراض داون يعانون من اضطراب التوحد،

ولكنهم مع ذلك لم يتم تشخيصهم على هذا الأساس لأسباب مماثلة أو حتى للأسباب سالفة الذكر ٠

ثالثاً : لا يحدث مثل هذا الاضطراب أو الإزعاج فى حالة متلازمة ريت Rett أو اضطراب الطفولة التفككى أو التفسخي ٠ childhood disintegrative disorder

* بالنسبة لمتلازمة أسبرجر Asperger يشير عادل عبدالله(٢٠٠٤) إلى أنه من النادر جداً أن توجد لدى طفل تقل نسبة ذكائه عن المتوسط ، وبالتالى فإن وجود مثل هذه المتلازمة أو تلازمها المرضى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون أو أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً بشكل عام يعد أمراً نادراً جداً ٠

هذا ويضيف رازموسين وآخرون (٢٠٠١) .Rasmussen et.al بعض العوامل الصحية والمتغيرت الإكلينيكية التى يجب أن نضعها فى اعتبارنا عند إجراء مثل هذا التشخيص حتى يكون دقيقاً حيث أسفرت نتائج الدراسة التى أجروها على عينة من الأفراد من ذوى متلازمة داون الذين يعانون من اضطراب التوحد قوامها ٢٥ مفحوصاً منهم ١٣ من الذكور، و ١٢ من الإناث تتراوح أعمارهم بين ٤-٣٣ سنة بمتوسط عمرى ١٤,٤سنة وانحراف معيارى ٤, ٧ سنة عن وجود عوامل صحية ومتغيرات إكلينيكية معينة تسهم فى حدوث هذا التلازم المرضى منها :

١- عوامل صحية عامة ذات أهمية فى استمرار التوحد، وظهرت لدى أحد عشر مفحوصاً.

٢- عوامل أخرى لها أهميتها، ومنها ما يلى :

أ- تاريخ مرضى للتوحد وما يرتبط به من اضطرابات، وذلك لدى خمسة مفحوصين ٠

ب -تشنجات طفلية، وذلك لدى خمسة مفحوصين ٠

جـ- قصور درقى (قصور فى الغدة الدرقية) فى وقت مبكر من العمر، وذلك لدى ثلاثة مفحوصين.

د- إصابات الدماغ بعد إجراء عمليات معقدة فى القلب،وذلك لدى اثنين من المفحوصين.

هـ- الائتلاف بين هذه العوامل جميعاً، أو بين أكثر من عامل واحد منه.

ومن هذا المنطلق فإن التشخيص الدقيق لمثل هذه الحالات، والتعرف عليها، وتقييم حالاتهم يعد أمراً جوهرياً فى سبيل تقديم أساليب الرعاية الملائمة بما تضمه وتتضمنه من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل متنوعة.

وتشير مارى كولمان (١٩٨٦) .Coleman,M إلى أن هناك بعض الاعتبارات التى يجب مراعاتها عند التشخيص الإكلينيكى للطفل الذى يعانى من كلتا الحالتين فى ذات الوقت حيث ترى أنه ينبغى أن ينطبق عليه اثنين أو أكثر من المحكات التالية :

١- قصور دال فى العلاقات الاجتماعية مع الوالدين والأقران مع قصور فى التواصل البصري، وميل واضح إلى العزلة أو الوحدة.

٢- التمسك بروتين نمطى صارم ومتكرر مثل وضع الأشياء المختلفة وتنظيمها فى صف مثلاً، أو الإصرار على ارتداء نفس الملابس، أو تناول نفس الطعام، أو الإبقاء على مسافات معينة بين الأشياء أو الأطباق حين تناول الطعام مثلاً، وما إلى ذلك. وعادة ما ينجذب مثل هؤلاء الأطفال إلى الأشياء الدائرية أو التى تدور كإطارات سيارات اللعب، أو التسجيلات إلى جانب التعلق الغريب أو الشاذ بأشياء معينة كشرائط القماش، أو الدبابيس التى تثبت على الملابس، أو الأشياء التافهة، أو قطع من الألعاب البلاستيكية.

٣- استجابة حسية غير ثابتة وغير عادية وهو ما يمكن أن يظهر بين أولئك الأطفال الذين يبدون وكأنهم صم فى وقت ما وشديدى الحساسية للصوت فى وقت آخر. ومن الأمثلة الأخرى التى تدل على هذا الأمر أننا أحياناً نجد أن الطفل يقشعر لمجرد لمسه فى حين نجده فى وقت آخر يستمتع بزغزته (مداعبته) بشدة.

٤- تمتع الطفل رغم المستوى العام لتخلفه العقلى بقدرة خاصة ذات مستوى مغاير تماماً للمستويات الأخرى لأدائه العقلي. وقد تكون تلك المهارة فى الموسيقى، أو الفن والرسم، أو فك وتركيب الألغاز، أو المهارات البصرية المكانية الأخرى.

ومن الأمور الهامة التى يجب أن تتبادر إلى الذهن عند تقييم حالة الطفل تحديد ما إذا كانت كلتا الحالتين موجودتين لدى الطفل (متلازمة داون والتوحد) فى الوقت ذاته، أو ما إذا كانت أعراض التوحد عند الطفل تظهر فى الأساس كأثر غير عادى لشذوذ فى الكروموزوم رقم ٢١ عنده أى نتيجة لمتلازمة داون. ومن الأمثلة على ذلك أن نجد أن الطفل من ذوى متلازمة داون يعانى من متلازمة التشنجات الطفلية infantile spasms syndrome وهو ما يمكن أن يؤدى فيما بعد إلى ظهور أعراض الاضطراب التوحدى لديه. وهناك أمور أخرى تضاف إلى صعوبة تقييم أعراض الاضطراب التوحدى لدى الطفل من ذوى متلازمة داون كأن يبدو الطفل وكأنه لا يسمع مثلاً شريطة ألا يرجع ذلك إلى أى إصابة فى أذنيه تعوقه عن السمع وهى إصابات تشيع بين أطفال تلك المتلازمة. كذلك فإن الطفل سريع الغضب والاستثارة الذى ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية والذى ينخفض لديه مستوى التواصل البصرى بدرجة كبيرة قد يعانى من عدوى غير معروفة كتلك التى تصيب المثانة bladder أو الأذن الوسطى أو غيرها مما يشيع أيضاً بين أطفال تلك المتلازمة. وبالتالى فإن مثل هذا الطفل لا يتم تشخيصه على أنه يعانى من التوحد إلا فى ظل وجود ثلاثة شروط جوهرية تتمثل فيما يلى :

١- أن يمثل السلوك المشكل من جانبه والذى نقوم بملاحظته نمطاً ثابتاً يميزه.

٢- أن يظل مثل هذا السلوك ثابتاً خلال فترة زمنية ليست قصيرة.

٣- ألا يكون الطفل مصاباً بأى أمراض يمكن أن يكون مثل هذا السلوك نتيجة لها.

ومن النقاط المهمة فى هذا الصدد أننا عندما نصل إلى ذلك التشخيص المزدوج للطفل يجب أن نأخذ الحيطة والحذر فى تناول مشكلاته السلوكية المختلفة فلا نلجأ إلى وصف جرعات من الدواء لعلاج مثل هذه الاضطرابات السلوكية كأن نعالج بها قصور الانتباه مثلاً حيث أن مثل هذا العلاج الدوائى قد يؤثر سلباً على بعض أعراض التوحد فى بعض الحالات.

بعض المشكلات التى تعوق تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون :

من الجدير بالذكر أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال ذوى متلازمة داون لا يتعدى ١٠٪ كما أوضحنا سلفاً، وهناك أسباب عديدة تفسر انخفاض معدل الانتشار هذا عن حجمه الطبيعى حيث أنه كما ذكرنا من قبل إذا ما وضعنا فى اعتبارنا اختلاف مفهوم وأسباب التوحد والعوامل المساعدة على حدوثه وذلك خلال الحقب الزمنية السالفة فإن كثيراً من الحالات التى تم تشخيصها على أنها ليست توحدية سوف يتضح أنها تعتبر حالات توحد، وهو ما سوف يؤدى إلى ارتفاع معدل انتشار التوحد بين ذوى متلازمة داون إلى ١٦٪ على الأقل. كذلك فإن الأسباب المتعددة والمتباينة التى تفسر انخفاض معدل الانتشار هذا لا تعكس فى الواقع عدم وجود أولئك الأطفال ذوى التشخيص المزدوج، ولكن الحقيقة أن الأخصائيين أو من يقومون بعملية التشخيص قد لا ينظرون إلى التوحد أو يفكرون فيه أثناء تشخيصهم لمثل هؤلاء الأطفال، كما أن هناك بعض المحكات الخاصة بالتوحد كما يعرض لها الدليل التشخيصى تنطبق على الأطفال من ذوى متلازمة داون أيضاً بغض النظر عن مدى

حدتها من جانبهم وهو ما لا ينظر الأخصائيون إليه أو يعيروه اهتماماً، ومن هذه الأسباب ما يلى :

١-أن الدليل التشخيصى يضع محكاً أساسياً للتوحد يحدد فيه أن هذا الاضطراب يجب أن يظهر قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ونحن نلاحظ أن الوالدين والأخصائيين فى حالة متلازمة داون يركزون أساساً على هذه المتلازمة فى حد ذاتها خاصة وأن هناك العديد من الخصائص التى تدل عليها والتى يرون أنها تتوفر لدى الطفل سواء كانت خصائص جسمية أو اجتماعية أو انفعالية، كما أنها قد يلجأون إلى تحليل الدم كى يتأكدوا من الحالة على ضوء ذلك، وبالتالى فإن محور اهتمامهم ينصب على ما يمكن أن يترتب على مثل هذه الحالة من مضاعفات أو مشكلات متباينة حتى يتمكنوا من الحد مما قد يترتب عليها من آثار سلبية، وبذلك إذا لاحظوا وجود بعض محكات التوحد لدى الطفل فإن عمره الزمنى آنذاك يكون قد تجاوز الثالثة بكثير، ومن ثم فإنهم فى الغالب لا يعتبرون ذلك توحداً حيث يتمسكون بهذا المحك، وإلى جانب ذلك فإن الملف الصحى للطفل لا يتضمن أى إشارة عن التوحد حتى بلوغه الثالثة من عمره، وبذلك يصبح هذا المحك عائقاً أمام التشخيص الدقيق للطفل حال وجود مثل هذا التلازم المرضي.

٢-أن هذه الحالة تتضمن حدوث تأخر فى معدل النمو فى العديد من جوانبه المختلفة، ورغم حدوث مثل هذا التأخر فى حالة اضطراب التوحد فإن الوالدين والأخصائيين لا يفكرون فى التوحد آنذاك بل فى متلازمة داون، وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر معلومات كافية لديهم عن هذا الاضطراب وأسبابه وتطوره وكيفية التدخل للحد منه،

٣-يؤدى عدم إلمام الوالدين بأعراض التوحد، وعدم وجود فكرة واضحة عنه لديهما رغم أنهما هم الأكثر تعاملاً مع الطفل وملاحظة لسلوكياته إلى

عدم تفكيرهما فى هذا الأمر وبالتالى عدم قيامهما بلفت نظر الأخصائى إليه حيث يعتبران أن ما يصدر عن الطفل من سلوكيات إنما يرجع فى الأساس إلى متلازمة داون. كذلك فإن بعض الأخصائيين الذين يتعاملون مع الطفل ليست لديهم أيضاً معلومات كافية عن اضطراب التوحد مما يؤدى بطبيعة الحال إلى نفس النتيجة.

٤-أن بعض المحكات التى يعرضها الدليل التشخيصى كمحكات للتوحد إنما تنطبق على زملة أو متلازمة أعراض داون أيضاً، وبالتالى فإن البعض قد يقوم باستبعاد مثل هذه المحكات لأنها تنطبق بالفعل على الطفل ولا يستطيع أن يقوم بتقييم مدى حدتها بشكل صحيح، ومن ثم فإن المحكات الباقية لن يصل عددها لدى الطفل إلى حد المحكات الثمانية المطلوب توفرها للتوحد حتى يتم تشخيص الطفل كذلك. وعلى هذا الأساس يتم استبعاد تشخيص التوحد لدى الطفل.

٥-أن البعض قد يبحث عند تشخيص التوحد عن حالات توحد بحتة مع استبعاد حدوث التخلف العقلى كما هو الحال فى متلازمة داون مع أن مثل هذا الوضع قد يكون صعباً فى العديد من الحالات حيث أن اضطراب التوحد كاضطراب نمائى عام أو منتشر يؤثر على العديد من جوانب النمو المختلفة ومنها الجانب العقلى المعرفى لدرجة أن حوالى ٧٥٪ تقريباً من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم كما أسلفنا فى حدود التخلف العقلى وهو ما يعنى أن العديد من هؤلاء الأطفال يعدون من المتخلفين عقلياً. ونظراً لأننا فى مصر نعتمد فقط على نسبة الذكاء عند تشخيص التخلف العقلى دون اللجوء فى الغالب إلى مقاييس للسلوك التكيفى فإننا نعتبر مثل هؤلاء الأطفال من المتخلفين عقلياً ويتم بالتالى إلحاقهم بمدارس أو معاهد التربية الفكرية، ويضاف إلى ذلك أن معلوماتنا عن التوحد تعد محدودة للغاية. وإذا كنا نلاحظ وجود دلائل عديدة على متلازمة داون عند

الطفل ولا نستطيع أن نحدد بعض هذه الدلائل بالنسبة لاضطراب التوحد فإن ذلك من شأنه أن يجعلنا نستبعد تشخيص التوحد بالنسبة للطفل من ذوى متلازمة أعراض داون.

٦-أن بعض الأخصائيين يفضل عند يقينه بوجود التوحد لدى الطفل من ذوى متلازمة داون ألا يزعج الأسرة بوجود اضطراب آخر لدى الطفل، ويكتفى فقط بمعرفتهم لحقيقة أن الطفل متخلف عقلياً. وقد يرى فى مثل هذا الأمر تخفيفاً من وقع الصدمة على الأسرة، لكنه بهذه الطريقة يحرم الطفل من الخضوع لبرامج التدخل الخاصة بالأطفال التوحديين والتى قد تساعده حتى على الاندماج مع أقرانه المتخلفين عقلياً الموجودين معه بمدرسة التربية الفكرية التى يكون قد تم إلحاقه بها آنذاك. ومع تسليمنا بوجود قدر من التداخل بين برامج التدخل المقدمة لكلتا الفئتين فإننا لا ننكر أن برامج التدخل الخاصة بالتوحد تكون أكثر عمقاً، كما تتضمن عناصر لا تتضمنها تلك البرامج التى يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً إلى جانب أن عناصر البرنامج قد تختلف من طفل إلى آخر وفقاً للخطة التربوية الفردية. individual educational plan IEP

٧-أن هناك جوانب نمائية مشتركة تعكس قصوراً من جانب كلتا الفئتين معاً مثل الجانب العقلى حيث كما قلنا أن العديد من الأطفال التوحديين يعتبرون من المتخلفين عقلياً فى ذات الوقت. كما أن هناك قصوراً مماثلاً فى الجانبين الاجتماعى والانفعالى وإن بدا الأمر فى هذه الحالة بالنسبة لأطفال متلازمة داون أخف فى وطأته من أقرانهم التوحديين، لكننا مع ذلك لا ننكر وجود مثل هذه القصور لديهم. ومن هذا المنطلق فإن القصور الواضح فى هذين الجانبين على وجه التحديد بالنسبة لذلك الطفل الذى يتم تشخيصه على أنه من ذوى متلازمة داون يجب أن يلفت الانتباه

فى الحال، ويدفعنا إلى التفكير فى احتمال وجود التوحد لديه فى تلك الحالـــة.

ومن هذا المنطلق يتضح لنا إمكانية حدوث إعاقة عقلية مزدوجة تجمع فى طرفيها بين كل من اضطراب التوحد من ناحية ومتلازمة أعراض داون من ناحية أخرى نتيجة للتلازم المرضى بينهما أى حدوثهما معاً لدى نفس الفرد فى ذات الوقت. ومن ثم فإن هذا الوضع من شأنه أن يؤثر كثيراً على الفرد فيما يتعلق بسمات شخصيته، ومعدل نموه فى كافة جوانبه، ومعدل ذكائه، واهتماماته، وميوله، وقدراته، إلى غير ذلك وهو الأمر الذى يؤثر بالقطع بشكل سلبى على جانبين أساسيين يعدان هما جوهر ولب التدخلات المختلفة من جانبنا لفئات الإعاقة جميعها، وليس لفئات الإعاقة العقلية فقط، وهو ما يؤكد على أن الإعاقة بشكل عام أياً كان نمطها تؤثر سلباً على هذين الجانبين الذين يتمثلان فيما يلى :

١- التعلم.

٢- التواصل.

فإذا كانت متلازمة داون كإعاقة مستقلة تؤثر بصورة سلبية على هذين الجانبين وذلك إلى الدرجة التى تجعل من يعانون من تلك المتلازمة يواجهون قصوراً كبيراً فيما يتعلق بقدرتهم على التعلم، وقدرتهم على التواصل، وإذا ما كان اضطراب التوحد كإعاقة مستقلة يؤثر هو الآخر سلباً على هذين الجانبين فى المقام الأول، بل إنهما يمثلان جوانب قصور من تلك التى يتسم بها من يعانون من هذا الاضطراب إلى جانب العديد من جوانب النمو الأخرى التى تتأثر به، ويحدث قصور لها من جرائه إذ أنه يعد بمثابة اضطراب نمائى عام أو منتشر يؤثر بالسلب على العديد من جوانب النمو، فما بالنا إذن لو تلازمت كلتا هاتين الإعاقتين، واجتمعتا معاً لدى نفس الفرد فى نفس الوقـــت؟

مما لا شك فيه أنه يمكننا أن نؤكد أن النتيجة فى مثل هذه الحالة ستكون سيئة للغاية، وسوف نجد أن الطفل من ذوى متلازمة داون الذى يميل إلى الاجتماعية على الرغم من أوجه القصور التى يتسم بها الجانب الاجتماعى عامة من جانبه سوف يعانى من قصور فى تلك السمة أيضاً، وسيبتعد عن الآخرين من جراء هذا الأمر، ويتجه نحو ذاته بدلاً من ذلك، ومن ثم سوف ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وسوف يعانى من العزلة على أثره. هذا من ناحية، أما جوانب نموه الأخرى فسوف يزداد تأخرها من ناحية أخرى مما يؤدى به وبمن هم على شاكلته إلى أن يشكلوا فئة فريدة تختلف حتى عن أولئك الأفراد من ذوى متلازمة داون من جانب، وتختلف كذلك عن الأطفال التوحديين من جانب آخر.

• • •

التوحد والتخلف العقلي بين الأطفال

تداخل أم تلازم مرضي؟

تمهيـــد

يعد التوحد autism والتخلف العقلي mental retardation من أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً بين الأطفال حيث يحتل التخلف العقلى المرتبة الأولى ويحتل التوحد المرتبة الثانية بعده مباشرة، وهناك محكات معينة خاصة بكل منهما ينبغى أن تنطبق على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك، إلا أننا نحاول هنا أن نلقى الضوء على إمكانية وجود تشخيص مزدوج للطفل يجمع بينهما معاً فى نفس الوقت، وهو الأمر الذى يعرف بالتلازم المرضي، ومن هذا المنطلق فسوف نتعرض لبعض النقاط ذات الأهمية فى هذا الصدد من أهمها تلك النقاط الثلاث التالية :

١- هل يمكن أن يتعرض الطفل المتخلف عقلياً للتوحد كإعاقة إضافية؟

٢- هل يمكن أن يتعرض الطفل التوحدى للتخلف العقلى كإعاقة إضافية؟

٣-هل يوجد هناك تلازم بينهما أم أن الأمر كله لا يزيد عن كونه مجرد تداخل فقط؟

وعلى ذلك فسوف نقوم بتوضيح مثل هذه النقاط على النحو الذى نعرض له فى الصفحات التالية كى تتضح تلك الصورة بالشكل الذى يمكننا من تكوين رأى قاطع من خلال الإجابة على ما طرحناه من أسئلة.

التوحد والتخلف العقلي: قضايا وآراء

ينتشر التوحد بين أنماط الإعاقات العقلية والحسية المختلفة مما يصبح معه لأولئك الأطفال الذين يجمعون بينه وبين أى إعاقة من تلك الإعاقات تشخيص مزدوج على أثر ذلك وهو الأمر الذى يسهم فى توضيح حالتهم وإجلائها حتى يصبح بإمكاننا أن نقوم بتقديم أساليب الرعاية المناسبة لهم.

وإذا كنا نقول أن اضطراب التوحد ينتشر بين الأطفال من ذوى متلازمة أعراض داون، والأطفال الصم، وأقرانهم المكفوفين فإن هذا صحيح إذ يعد الأصل فى ذلك الأمر هو الإعاقة العقلية أو الحسية ثم يحدث التوحد كإعاقة إضافية. ففى حالة متلازمة داون على سبيل المثال يوجد شذوذ فى الكروموزوم رقم ٢١ على وجه التحديد يعد سبباً أساسياً لها، كما توجد إلى جانب ذلك سمات معينة تميز الطفل يمكننا من خلالها أن نتعرف عليه بمجرد أن ننظر إليه. كذلك فمن الأمور الأساسية التى تميز هذا الطفل أنه يعتبر اجتماعياً، ولذلك فإن أول المؤشرات التى تدفعنا إلى أن نضع التوحد فى اعتبارنا يتمثل فى أن نلاحظ وجود قصور اجتماعى لديه. إذن فالأصل فى مثالنا هذا هو متلازمة داون ، إلا أن التوحد يحدث بعد ذلك وهو نفس ما ينطبق على كل من الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية وإن تشابهت بعض الأسباب التى تؤدى إلى أى منهما من ناحية وإلى التوحد من ناحية أخرى إذ أن هناك أسباب مشتركة بينهما.

وإذا ما حاولنا أن نسير على نفس المنوال وأن نطبق الأمر على التوحد والتخلف العقلى فسوف نواجه بسؤال يطرح نفسه ويدور بطبيعة الحال حول أى منهما هو الأصل، وأيهما هو الإعاقة الإضافية؛ فهل يكون التخلف العقلى هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقة الإضافية التى تحدث فيما بعد بمعنى أن التوحد هو الذى ينتشر بين الأطفال المتخلفين عقلياً؟ أم أن العكس هو الصحيح فيكون التوحد هو الأصل والتخلف العقلى هو الإعاقة الإضافية التى تحدث بعد ذلك وهو ما يعنى أن التخلف العقلى هو الذى ينتشر بين الأطفال التوحديين؟

والواقع أننا نميل من وجهة نظرنا إلى أن التوحد وليس التخلف العقلى هو الأصل فى الإعاقة بالنسبة لغالبية الأطفال التوحديين حيث أنهم وإن انخفضت نسبة ذكائهم إلى حد يعادل ما يحدث فى حالة التخلف العقلى فإننا لا نستطيع أن نجزم حتى وقتنا الراهن بأن هناك تخلف عقلي، إلا أن التخلف العقلى قد يكون إعاقة إضافية لدى بعضهم الآخر ولذلك فإن غالبية الأطفال التوحديين يكونوا فى المستويات العليا من التخلف العقلى (البسيط والمتوسط) بينما تكون نسبة ضئيلة منهم فى مستوى التخلف العقلى الشديد، أما المستويات الدنيا من التخلف العقلى (الشديد والشديد جداً) فينتشر بينهم نمط من التوحد يعرف بالتوحد اللانموذجي atypical autism ومن ثم يكون التخلف العقلى بالنسبة لهم هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقة الإضافية للعديد من الحالات. وهناك العديد من الحقائق تؤكد وجهة نظرنا هذه من بينها ما يلى :

١- أن النتائج التى أسفرت عنها العديد من الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الإطار تؤكد أن حوالى ٧٥ % على الأقل من الأطفال التوحديين تقع نسبة ذكائهم فى حدود التخلف العقلى سواء البسيط أو المتوسط أو حتى الشديد، وهى نفس النتيجة التى أشارت إليها إنجشولت (Ingsholt(٢٠٠٢ حيث ترى أنه من بين كل أربعة أطفال توحديين يتسم ثلاثة منهم بمستوى ذكاء فى حدود التخلف العقلي. وفى نفس الوقت فقد أسفرت نتائج دراسات أخرى عن أن حوالى ٨٠ % أو أكثر من الأطفال التوحديين لا يزيد ذكاؤهم بأى حال من الأحوال عن التخلف العقلي. ويؤكد كرايجر Kraijer (١٩٩٧) أنه من بين كل مائة طفل أو مراهق توحدى يوجد ثمانون منهم تنطبق عليهم تلك المحكات الخاصة بالتخلف العقلى .

٢- أن التوحد كاضطراب نمائى عام أو منتشر يؤثر بشكل سلبى على العديد من جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ومنها الجانب العقلى المعرفى بطبيعة الحال لدرجة أن القصور العقلى المعرفى يعد من السمات الأساسية التى تميز التوحد

حيث نلاحظ وجود قصور فى الانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، والتجهيز المعرفى للمعلومات وتناولها، وانخفاض نسبة الذكاء إلى حدود التخلف العقلي. وبذلك فالتوحد كاضطراب مستقل يتضمن قدراً من التخلف العقلي. ونظراً لزيادة انتشار التوحد بين الأطفال واعتباره ثانى أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً وفقاً لتقرير الاتحاد القومى لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) National Alliance for Autism Research فإنه قد أضحى يمثل ثانى أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً ولا يسبقه سوى التخلف العقلي.

٣- كذلك فنحن فى مصر عند تشخيصنا للتخلف العقلى نقتصر على نسبة الذكاء فقط، ومن ثم فهناك شكوى مستمرة فى بعض مدارس التربية الفكرية من أن بعض الأطفال لا يستفيدون مما يتم تقديمه لهم هناك، ولا يتجاوبون مع أقرانهم المتخلفين عقلياً وهو الأمر الذى يدفع بالقائمين على تلك المدارس إلى إعادة التأكد من نسبة ذكاء أولئك الأطفال خشية النكوص أو أن يكونوا من غير القابلين للتعلم وذلك دون التطرق إلى التوحد وهو ما يكون عليه مثل هؤلاء الأطفال فى الغالب.

٤- أننا حتى وإن وضعنا السلوك التكيفى كمعيار آخر فى اعتبارنا فإن مهارات السلوك التكيفى عند الأطفـــال التوحديين تقل عن مثيلتها لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً حيث توجـــد فروق دالة بينهما كما يرى عـــادل عبـــدالله (١٩٩٩) فى مستوى النمو اللغوي، والأداء أو التطبيع الاجتماعي، والدرجة الكلية للسلوك التكيفى وذلك عند مستوى ٠,٠١ بينما لا توجد فروق دالة بينهما فى الأداء الوظيفى المستقل، وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المترلية، والنشاط المهني- الاقتصادي.

٥- أن هناك نمطاً من التوحد يعرف بالتوحد اللانموذجى يختلف عن التوحد وفقاً لما يعرضه التشخيص الدولى العاشر للأمراض (١٩٩٢) ICD-10 فى عدد من النقاط يمكن أن نعرض لها كما يلى :

أ- البداية : تتأخر بدايته إلى ما بعد سن الثالثة وذلك على العكس من التوحد.

ب- عدم الانطباق الكامل لجميع المعايير الرئيسية الثلاثة للتوحد على الطفل وهى :

- قصور التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

- قصور التواصل.

- السلوك المقيد النمطى والمتكرر.

جـ- وجود جوانب قصور أخرى متعددة تتمثل أساساً فى جوانب النمو المختلفة.

د- يحدث هذا النمط غالباً بين الأفراد المتخلفين عقلياً الذين يعانون من تخلف عقلى شديد جداً profound حيث لا يسمح مستوى أدائهم شديد الانخفاض سوى بظهور بعض محكات التوحد دون غيرها وذلك على نطاق ضيق مما يجعل هذا النمط حالة مستقلة عن التوحد إذ يكون التخلف العقلى فى هذه الحالة مصحوباً بملامح توحدية.

٦- أنه إذا كان غالبية الأطفال التوحديين تقع نسبة ذكائهم فى حدود التخلف العقلى فإن هذا لا يمنع كما يرى كار وآخرون (١٩٩٧) Kar et.al. من أن هناك بعض الأطفال المتخلفين عقلياً وخاصة فى المستويات الدنيا (الشديد والشديد جداً) يعانون من التوحد أيضاً، وأن نسبة التوحد بينهم تصل إلى ٩,٦ % تقريباً. ويتضح ذلك من خلال ظهور بعض الأعراض التوحدية بين أعضاء المستويين الشديد والشديد جداً من التخلف العقلي، ومن أكثر هذه الأعراض انتشاراً قصور العلاقات الاجتماعية التبادلية والقصور اللغوى، وربما يندرج ذلك تحت ما أشرنا إليه فى النقطة

السابقة بالتوحد اللانموذجي. وقد يعود انخفاض مستوى ذكائهم بهذا الشكل إلى أثر كل من التوحد والتخلف العقلي.

٧- أن زملة أسبرجر Asperger كنمط من أنماط التوحد كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٣) تنتشر بين الأطفال من ذوى مستوى الذكاء من المتوسط وحتى المرتفع وربما أعلى من ذلك، وأنها نادراً ما تلحق بطفل يقل مستوى ذكائه عن المتوسط. وبالتالى لا يكون هناك احتمال كبير كى يحدث تلازم مرضى بينها وبين التخلف العقلى بالنسبة للأطفال، بل إن الواقع يؤكد أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذه الزملة أو المتلازمة يعدون فى واقع الأمر من الموهوبين.

تداخل أم تلازم مرضى ؟

سوف نتناول فى هذه النقطة قضيتين هامتين كى نصل إلى تصور مقنع للفكرة الأساسية التى نتناولها هنا، تتعلق النقطة الأولى بمدى وجود تداخل أو تلازم بين التوحد والتخلف العقلى بالنسبة للأطفال التوحديين، وتتناول الثانية مدى وجوده بين التخلف العقلى والتوحد بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً، وهو ما سنوضحه كما يلى :

(١) بالنسبة للأطفال التوحديين :

من الجدير بالذكر أن حوالى ما بين ٧٥ % إلى أكثر من ٨٠ % من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم كما أوضحنا فى حدود التخلف العقلى سواء البسيط أو المتوسط مع وجود نسبة ضئيلة يقع ذكاؤها فى حدود التخلف العقلى الشديد. ومن المعروف أنه لكى يتم تشخيص أى طفل على أنه متخلف عقلياً ينبغى أن يكون هناك قصور فى مستوى ذكائه بحيث يكون ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وأن يكون هناك قصور دال فى مهارات السلوك التكيفى من جانبه، وأن يحدث ذلك خلال سنوات نموه. وإذا لم يتمكن الطفل من إنهاء الاستجابة على اختبار الذكاء المستخدم يكون من الطبيعى أن نلجأ إلى اختبارات أخرى، وأن نعتمد بجانب ذلك على الملاحظة الدقيقة من جانبنا لسلوكيات هذا الطفل.

ولما كان غالبية الأطفال التوحديين يبدون قصوراً فى مهارات السلوك التكيفى من جانبهم، وأن مثل هذه المهارات قد تقل فى بعضها كما أوضحنا عن مثيلتها لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً، كما يبدون إلى جانب ذلك قصوراً فى قدراتهم العقلية المعرفية يقل على أثره مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط، بل ويكون فى الغالب فى حدود التخلف العقلي، وأن ذلك يظهر على الطفل قبل أن يصل سنه إلى الثالثة فإن ذلك يعنى بما لا يدع مجالاً للشك أن تلك المحكات الخاصة بالتخلف العقلى تنطبق على هؤلاء الأطفال من ناحية، وأن التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من التخلف العقلى من ناحية أخرى. إلا أن التوحد إلى جانب ذلك يتضمن قصوراً فى العلاقات الاجتماعية التبادلية، وقصوراً آخر فى التواصل يتضمن قصوراً لغوياً دالاً مع عدم نمو اللغة إطلاقاً فى بعض الأحيان، وإضافة إلى ذلك فإن التوحد يتضمن العديد من السلوكيات المقيدة النمطية والمتكررة.

وبذلك يتضح أنه يوجد تداخل على الأقل بين التوحد والتخلف العقلى بالنسبة للأطفال التوحديين أى عندما تكون الإعاقة الأصلية للأطفال هى التوحد، ولا يمكننا القول أن هناك تلازماً مرضياً بينهما فى هذه الحالة وذلك للأسباب التالية :

١- أن التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من التخلف العقلي.

٢- أننا لا يمكننا على الأقل حتى الوقت الراهن أن نؤكد على أن مثل هؤلاء الأطفال التوحديين متخلفين عقلياً نظراً لأن محكات التخلف العقلى توجد ضمناً بين المحكات الخاصة بالتوحد والسمات المميزة للأطفال التوحديين.

٣- أن الأمر من هذا المنطلق يتطلب إجراء المزيد من الدراسات كى يتم توضيح هذه النقطة وإجلائها حتى تتوفر لنا الأدلة التى نستطيع بموجبها أن نبرهن على صحة هذا الرأى أو ذاك؛ إما التداخل وإما التلازم.

٤- أن التداخل لا يتطلب التلازم لأن الأمر قد يكون كما نرى أن طبيعة أحدهما (التوحد) تتضمن جانباً كبيراً من طبيعة الآخر(التخلف العقلي)

دون تلازم أى دون شرط لوجوده، أما التلازم فيعنى وجود كل منهما جنباً إلى جنب مع الآخر ككيان مستقل لدى نفس الفرد وفى نفس الوقت كما هو الحال بالنسبة للتلازم بين التوحد وكل من متلازمة داون، أو الإعاقة السمعية، أو الإعاقة البصرية على سبيل المثال، وهو الأمر الذى تعرضنا له فى مواضع أخرى حيث تناولنا التلازم المرضى بين اضطراب التوحد ومتلازمة داون فى بداية هذا الفصل، أما تلازمه مع الإعاقات الحسية فسوف نتناولها فى موضع آخر.

(٢) بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً :

يرى كرايجر Kraijer (١٩٩٧) أن الأمر قد يختلف إذا كان أصل الإعاقة هو التخلف العقلى وليس التوحد حيث قد يبدى الطفل فى هذه الحالة بعض السلوكيات التوحدية التى تترك آثاراً سلبية عليه وذلك فى الجوانب الثلاثة الرئيسية التى تمثل محكات التوحد وما قد يرتبط بها أو يترتب عليها من متغيرات حيث يزداد قصور الطفل فى الجانب الاجتماعي، والتواصل بما فيه الجانب اللغوي، كما يتأثر الجانب العقلى المعرفى أيضاً بذلك، وقد ينخفض الذكاء على أثره ليصبح فى حدود التخلف العقلى الشديد وربما الشديد جداً ولذلك فإننا نادراً ما نجد مثل هذا التلازم قائماً بين الأطفال المتخلفين عقلياً فى المستويين البسيط والمتوسط. وإلى جانب ذلك يكثر بين هؤلاء الأطفال عدداً من السلوكيات النمطية والتكرارية غير الهادفة التى تتزايد مع الزيادة فى أعمارهم، كما يزداد تمسكهم بالروتين ويقاومون بشدة أى محاولة لحدوث أى نوع من التغيير فى ذلك الروتين. ولذلك فإن الإطار المرجعى الذى يجب أن ننتبه إليه ونركز عليه فى هذا الصدد ينبغى أن يتمثل فى وجود التوحد أو الأعراض شبه التوحدية مع التخلف العقلي.

ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً فى المستويين الشديد والشديد جداً وعلى وجه الخصوص فى المستوى الشديد جداً يبدون سلوكيات

توحدية بقدر أكبر، ولا يكونوا قادرين على إنهاء الاختبارات أو الاستجابة عليها أو حتى التجاوب مع الآخرين المحيطين بهم فى المواقف الحياتية المختلفة. إلا أن المحكات الخاصة بالتوحد لا تنطبق عليهم فى معظمها تمام الانطباق، بل إن هناك بعض المحكات التى لا تنطبق عليهم بقدر كاف، أو قد لا نستطيع نحن على أثر ملاحظتنا الدقيقة لهم أن نحكم أنها تنطبق عليهم، أو نحدد درجة انطباقها عليهم بشكل دقيق. إلا أن بداية الاضطــراب لديهم تتأخر عن سن الثالثة وهى السن التى يحددها الدليل التشخيصي DSM-IV (١٩٩٤) لظهــور التوحد. وبذلك فإن نمط التوحد هذا الذى يسود بينهم يعد نمطاً مغايراً للتوحــد بمعناه المعروف ومستقلاً عنه يعرف بالتوحد اللانموذجي.

ومن هذا المنطلق فعندما تتمثل الإعاقة الأصلية للطفل فى التخلف العقلى يمكن أن يظهر التوحد بعد ذلك كإعاقة إضافية تزيد من الآثار السلبية التى يعانى الطفل منها، وبذلك يكون التلازم المرضى بينهما واضحاً، بل وتصل نسبة انتشار التوحد بين الأطفال المتخلفين عقلياً إلى حوالى ١٠ % تقريباً كما يرى كرايجر (١٩٩٧) Kraijer وهى بذلك تكاد تتساوى مع تلك النسبة التى أشار إليها كار وآخرون (١٩٩٧) Kar et.al. ، كما أنها تقع فى إطار نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون وإن كان الأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسات لذلك.ولا يقف الأمر عند حدود الحاجة إلى مزيد من الدراسات لبيان نسبة الانتشار فقط، بل للتأكد من العديد من الأمور التى تتعلق بهذا الموضوع عامة.

وبذلك يتضح لنا أن الأمر بالنسبة للإعاقة العقلية المزدوجة التى تجمع فى طرفيها بين اضطراب التوحد من ناحية وبين التخلف العقلى من ناحية أخرى يختلف كثيراً عما يحدث حال حدوث الإعاقة العقلية المزدوجة التى تجمع فى طرفيها بين اضطراب التوحد من جانب وبين متلازمة داون من جانب آخر وهو الأمر الذى يجعلنا نواجه حالتين مختلفتــين فى هذا الإطار تتعلق كل منهما بإحدى هاتين الإعاقتين مع اضطراب التوحد.

ومن هذا المنطلق نجد أنه حال حدوث الإعاقة المزدوجة التى تجمع اضطراب التوحد مع متلازمة داون فإنها تنتج عن تلازم مرضى بينهما أى حدوث كلتا الإعاقتين واجتماعهما معاً ككيانين مستقلين لدى نفس الفرد فى نفس الوقت، وهو الأمر الذى يستلزم وجود تشخيص مزدوج للفرد؛ يتضمن فى أحد جانبيه أنه يعانى من اضطراب التوحد، بينما يتضمن فى جانبه الآخر أنه يعانى من متلازمة داون، أما عند حدوث التخلف العقلى فإن الأمر يختلف تماماً طبقاً لأصل إعاقة الفرد وهل هى اضطراب التوحد أم أنها هى التخلف العقلي، ومن ثم فإننا نجد أن هاتين الإعاقتين تتداخلان مرة، وتتلازملان مرة أخرى. فإذا كان الأصل فى الإعاقة هو اضطراب التوحد يحدث تداخل بين الإعاقتين لأن طبيعة التوحد تتضمن طبيعة التخلف العقلى دون حاجة لوجوده، ويكون الطفل التوحدى فى مستوى التخلف العقلى البسيط أو المتوسط فقط، وإن كانت هناك نسبة ضئيلة من الأطفال التوحديين يقل مستوى ذكائها عن ذلك، أما إذا كان الأصل فى الإعاقة هو التخلف العقلى فيمكن أن يحدث تلازم فى هذه الحالة مع اضطراب التوحد وهو الأمر الذى يؤدى إلى التأثير السلبى على مستوى الذكاء فيصبح فى مستوى التخلف العقلى الشديد أو الشديد جداً، ومن ناحية أخرى فإن هناك نمطاً معيناً من اضطراب التوحد يعرف كما أسلفنا بالتوحد اللانموذجى يعد من السمات المميزة لأولئك الأفراد الذين يعانون من التخلف العقلى الشديد مع الأخذ فى الاعتبار أن قياس الذكاء آنذاك تكتنفه العديد من الصعوبات.

• • •

المراجـــع

١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات. القاهرة، دار الرشاد.

٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣) ؛ الأطفـــال الموهوبـــون مـــن ذوى متلازمـــة أسبرجـــر ؛ أســـاليب التشخـــيص والرعايـــة والتعلـــم الذاتى .المؤتمـــر العلـــمى الثامـــن لكليـــة التربيـــة جامعـــة طنطـــا، ١١ - ١٢ / ٥ .

٣- عـــادل عبـــدالله محمـــد (٢٠٠٢- أ)؛ جـــداول النشـــاط المصـــورة للأطفـــال التوحديـــين وإمكانيـــة استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشاد.

٤- عادل عبدالله محمد(٢٠٠٢- ب)؛الأطفال التوحديون؛ دراسات تشخيصية وبرامجية. القاهرة، دار الرشاد.

٥- عادل عبدالله محمد(١٩٩٩)؛ السلوك التكيفى كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، ع ٣٩، ص ٣٣ - ٥٨ .

٦- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) ؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض : تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ؛ الأوصاف السريرية (الإكلينيكية)

والدلائل الإرشادية التشخيصية، ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط،

7.American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV, Washington, DC: author.

8.Coleman,Mary(1986);Down`s syndrome children with autistic features. Papers and Abstracts for Professionals, v9, n3, pp1-2.

9.Coleman,M.&Rogers,P.T.(1992) ; Medical care in down syndrome : A preventive medicine approach. New York: Marcel Dekker, Inc.

10.Collacott,P.; Cooper,S.;& McGrother,C. (1992) ; Differential rates of psychiatric disorders in adults with down syndrome compared with other mentally handicapped adults. British Journal of Psychiatry, v 161, pp 671-674.

11.Ghaziuddin, M.; Tsai, L.,& Ghaziuddin, N. (1992) ; Autism in down`s syndrome: Presentation and diagnosis . Journal of Intellectual Disability Research, v36, pp449-456.

12.Howlin, P.; Wing, L.;& Gould, J.(1995) ; The recognition of autism in children with down syndrome ; Implications for intervention and some speculations about pathology. Developmental and Medical Child Neurology, v37, n5, pp 406-414.

13.Ingsholt, Anette (2002); Blindness, mental retardation and -or autism. Denmark,Kalundborg: National Institute for Blind and Partially Sighted Children and Youth.

14.Kar,N.; Khanna,R.;&Ranchi,I.(1997);Autistic features in children with mental retardation. Indian Journal of Psychiatry,v39, n4, pp304-308.

15.Kent,L.; Evans,J.; Paul,M.; &Sharp,M.(1999); Comorbidity of autistic spectrum disorders in children with down syndrome . Developmental and Medical Child Neurology, v41, n3, pp153-158.

16.Kraijer,D.W(1997);Autism and autistic-like conditions in mental retardation. Boston: Swets&Zeitlinger Publishers.

17.Myers, B.A. &Pueschel, S.M. (1991) ;Psychiatric disorders in persons with down syndrome.The Journal of Nervous and Mental Disease,v179, pp 609-613.

18.National Alliance for Autism Research (NAAR) (2003);NAAR autism poll show Americans want more action on autism. Washington,DC: NAAR, January 21.

19.Pary, Robert J.(1997); Comorbidity of down syndrome and autism.The Habilitative Mental Health Care Newsletter, v16, n1.

20.Rasmussen,P.; Burjesson,O.; Wentz,E.; &Gillberg,C. (2001) ; Autistic disorders in down syndrome;Background factors and clinical correlates. Developmental and Medical Child Neurology, v43, n11, pp750-754.

21.Turk,J.(1992);Children with down`s syndrome and fragile X syndrome A comparison study . Society for Study of Behavioral Phenotypes : 2nd Symposium Abstracts, Oxford; SSSP.

22.Vatter, Glenn (1998); Diagnosis of autism in children with down syndrome. New York: Jamesville.

• • •

فهـــرس

● ● ●



الإعاقات العقلية

كتاب شامل حول الإعاقة العقلية، يقدم المؤلف من خلاله رؤية تكاملية على مدى الفصول الخمسة التى يتضمنها، ويتناول من خلالها مفهوم هذه الإعاقة، وأنماطها، والأسباب المؤدية إليها، وأساليب الرعاية المتبعة. كما يقدم من خلال الإعاقات العقلية المزدوجة التلازم المرضى بين التوحد ومتلازمة أعراض داون، ثم يناقش إمكانية حدوث تداخل أو تلازم مرضى بين التوحد والتخلف العقلي. ويتناول المؤلف خلال الكتاب ما يلى :

- مفهوم الإعاقة العقلية وأنماطها.
- التخلف العقلي.
- اضطراب التوحد.
- متلازمة أعراض داون.
- الإعاقات العقلية المزدوجة.

وهو بذلك يصبح كتاباً لا غنى عنه للباحث، والطالب، والمتخصص، والا... والوالد..



المؤلـــف

